

Versicherungsbedingungen von Assura - Inhaltsangabe

Allgemeine Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenversicherung gemäss KVG

[Hier klicken](#)

Besondere Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenversicherung gemäss KVG

Basis	Hier klicken
FeminaVita	Hier klicken
Gesundheitsnetz	Hier klicken
Hausarzt	Hier klicken
Hausspital (Ausgabe 2026 & 2027)	Hier klicken
MediTel	Hier klicken
PharMed	Hier klicken
PreventoMed (Ausgabe 2025 & 2027)	Hier klicken
QualiMed (Ausgabe 2026 & 2027)	Hier klicken

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zusatzkrankenversicherung gemäss VVG

[Hier klicken](#)

Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatzkrankenversicherung gemäss VVG

Complementa Extra	Hier klicken
Denta Sana	Hier klicken
Denta Ortho	Hier klicken
Hospita	Hier klicken
Lexa	Hier klicken
Materna Varia	Hier klicken
Medna	Hier klicken
Mondia	Hier klicken
Mondia Plus	Hier klicken
Natura	Hier klicken
Optima Flex Varia	Hier klicken
Optima Plus Varia	Hier klicken
Optima Varia	Hier klicken
Pecunia	Hier klicken
Previsia	Hier klicken
Previsia Extra	Hier klicken
Previsia Plus	Hier klicken
Previsia Maxi	Hier klicken
Previsia Krankheit	Hier klicken
Ultra Varia	Hier klicken

Liste der Leistungserbringer für Optima Flex Varia	Hier klicken
Liste der Leistungserbringer für Optima Plus Varia	Hier klicken
Liste der Leistungserbringer für Optima Varia	Hier klicken

Hilfeleistungsbedingungen für Touristen

[Hier klicken](#)

Allgemeine Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG

Ausgabe 01.2026

Artikel 1 – Geltungsbereich der Allgemeinen Bedingungen

1.1 Die Rechte und Pflichten der versicherten Person und der Assura-Basis AG (nachfolgend «Assura») werden in erster Linie vom Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 und dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 sowie deren Verordnungen bestimmt. Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind ergänzend zu und im Einklang mit den vorgenannten Gesetzen anwendbar.

1.2 Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten für alle von Assura gemäss KVG angebotenen Versicherungsmodelle. Die Besonderen Versicherungsbedingungen jeder Versicherungskategorie ergänzen die den Parteien obliegenden Pflichten.

1.3 Der in den vorliegenden Allgemeinen sowie in den Besonderen Bedingungen verwendete Begriff «Versicherte Person» umfasst sowohl Versicherte männlichen als auch weiblichen Geschlechts.

1.4 Die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen treten am 1. Januar 2024 in Kraft und werden ab diesem Datum automatisch für alle Versicherten von Assura angewendet. Die Bedingungen sind auf assura.ch einsehbar oder können jederzeit verlangt werden.

1.5 Bei Änderungen der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden die versicherten Personen vor deren Inkrafttreten schriftlich darüber informiert, zum Beispiel im Kundenmagazin.

Artikel 2 – Beitritt – Beginn des Leistungsanspruchs

2.1 Personen, die dem Versicherungsobligatorium gemäss Art. 3 KVG unterstellt sind, können eine obligatorische Krankenpflegeversicherung abschliessen, indem sie Assura alle für ihren Beitritt notwendigen Informationen und Dokumente zur Verfügung stellen.

2.2 Die versicherte Person erhält eine Versicherungspolice die das gewählte Versicherungsmodell und die gewählte Franchise bescheinigt.

2.3 Erfolgt der Beitritt innerhalb der gesetzlichen Fristen, beginnt der Versicherungsschutz im Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme in der Schweiz. Bei verspätetem Beitritt beginnt der Versicherungsschutz im Zeitpunkt des Beitritts. Bei nicht entschuldbarer Verspätung hat die versicherte Person einen Prämienzuschlag zu entrichten (Art. 5 KVG).

Artikel 3 – Unfalldeckung

3.1 Versichert sind grundsätzlich die Folgen von Krankheit und Unfall. Bei Unfall werden die Kosten für die gleichen Leistungen übernommen wie bei Krankheit.

3.2 Auf Antrag der versicherten Person kann Assura die Unfalldeckung sistieren und die Prämie entsprechend reduzieren, wenn die versicherte Person nachweist, dass sie voll nach dem UVG versichert ist.

3.3 Die Sistierung der Unfalldeckung wird frühestens am ersten Tag des Monats rechtswirksam, der auf den Eingang des Antrags der versicherten Person folgt.

Artikel 4 – Mitwirkungs- und Auskunftspflicht

4.1 Die versicherte Person ist verpflichtet, Assura alle Dokumente einzusenden und alle Auskünfte zu geben, die zur Bestimmung des Leistungsanspruchs erforderlich sind. Zu diesem Zweck entbindet sie die Leistungserbringer soweit erforderlich von der beruflichen Schweigepflicht.

4.2 Bei Behandlung im Ausland stellt die versicherte Person Assura die Originalrechnungen mit Angabe der Behandlungsdaten, der Diagnose, der erbrachten medizinischen Leistungen, des Betrags pro Leistung sowie Name, Adresse und Telefonnummer des ausländischen Leistungserbringers zu.

4.3 Assura kann von der versicherten Person die Übersetzung von fremdsprachigen Unterlagen in eine Landessprache der Schweiz oder ins Englische verlangen.

4.4 Assura kann eine versicherte Person auf eigene Kosten von ihrem Vertrauensarzt oder von einem Therapeuten ihrer Wahl untersuchen lassen.

4.5 Die versicherte Person hat Assura spontan über allfällige Leistungen eines anderen Versicherers im Zusammenhang mit einem der Assura gemeldeten Versicherungsfall zu informieren, wenn diese Leistungen Auswirkungen auf die Leistungspflicht von Assura ihr gegenüber haben können.

4.6 Die versicherte Person ist verpflichtet, Assura Angaben zu einem gültigen Bank- oder Postkonto mitzuteilen, auf das die Leistungsvergütungen zu überweisen sind. Hat Assura eine Zahlung per Auszahlungsschein vorzunehmen, erhebt sie einen Pauschalbeitrag für ihre Kosten in der Höhe von CHF 20 pro Zahlung.

4.7 Die versicherte Person hat Assura sämtliche Änderungen der zur Verwaltung ihrer Versicherungspolice erforderlichen persönlichen Daten unverzüglich mitzuteilen (Bankverbindung, Wohnsitzadresse, Ende der Unfalldeckung durch den Arbeitgeber etc.).

4.8 Verursacht die versicherte Person infolge der Verletzung ihrer Mitwirkungs- und/oder Auskunftspflicht zusätzliche Verwaltungskosten, so können ihr diese in Rechnung gestellt werden.

Artikel 5 – Prämienzahlung und sonstige Forderungen

5.1 Die Prämien sind im Voraus spätestens am vereinbarten Fälligkeitsdatum zu bezahlen.

5.2 Für fällige Beitragsforderungen sind Verzugszinsen von 5% zu leisten.

5.3 Die Zahlung der Prämien oder sonstiger Forderungen ist per Bank- oder Postüberweisung möglich. Barzahlungen werden in den Niederlassungen von Assura nicht akzeptiert. Entscheidet sich die versicherte Person für eine Zahlung am Schalter oder an einem anderen physischen Zugangspunkt der Post, kann Assura ihr die Postgebühr für Zahlungen am Schalter in Rechnung stellen.

5.4 Bei jährlicher oder halbjährlicher Prämienzahlung kann Assura der versicherten Person einen Prämienrabatt gewähren. Der Rabatt wird nicht gewährt, wenn die versicherte Person ihre Prämien nicht am vereinbarten Fälligkeitstermin bezahlt.

Artikel 6 – Zahlungsverzug der versicherten Person

6.1 Begleitet eine versicherte Person nach Erhalt einer Zahlungserinnerung nicht fristgerecht die Prämien, den Selbstbehalt, die Kostenbeteiligungen sowie andere dem Versicherer geschuldete Beträge, erhält sie eine schriftliche Zahlungsaufforderung.

6.2 Wird der gemahnte Betrag danach nicht innerhalb von 30 Tagen vollumfänglich beglichen, wird ein Betreibungs- oder Konkursverfahren eingeleitet.

6.3 Bei Zahlungsverzug hat die versicherte Person die Verwaltungskosten zu tragen, insbesondere für Mahnungen, Zahlungsaufforderungen und Betreibung. Darüber hinaus trägt die versicherte Person alle Kosten, die Assura im Zusammenhang mit einem Betreibungsverfahren entstehen.

6.4 Assura kann sich je nach den Umständen bereit erklären, die zuständige Behörde um Löschung einer ursprünglich gerechtfertigten Betreibung zu ersuchen. Gegebenenfalls zahlt die versicherte Person einen Pauschalbetrag von CHF 20 zur Deckung der Verwaltungskosten dieses Verfahrens.

Artikel 7 – Verrechnung

7.1 Assura behält sich das Recht vor, ihre Forderungen mit Beträgen zu verrechnen, die sie der versicherten Person schuldet. Eine Ausnahme bilden Leistungsforderungen, die sie der versicherten Person in jedem Fall zu zahlen hat.

7.2 Ein Recht der versicherten Person zur Verrechnung ihrer Schulden mit Forderungen gegenüber Assura besteht nicht.

Artikel 8 – Rechtsmittel

8.1 Ist die versicherte Person mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden, kann sie verlangen, dass eine Verfügung erlassen wird.

8.2 Gegen eine Verfügung kann innerhalb von 30 Tagen Einsprache beim Versicherer erhoben werden.

8.3 Einspracheentscheide können mittels Verwaltungsrechtsbeschwerde angefochten werden. Die Beschwerde muss innerhalb von 30 Tagen nach Eröffnung des Einspracheentscheides beim kantonalen Versicherungsgericht erhoben werden.

Artikel 9 – Datenschutz

9.1 Assura bearbeitet Personendaten ihrer Versicherten (Name, Vorname, Adresse, Telefonnummer, AHV-Nummer, Geburtsdatum, medizinische Daten, Angaben zum Kontostand der versicherten Person, Versicherungsdeckungen usw.) namentlich zur Ermittlung des Leistungsanspruchs, zur Berechnung und Erhebung von Prämien sowie zur Berechnung des Risikoausgleichs (Art. 84 KVG).

9.2 Andere Bearbeitungen können mit Zustimmung der versicherten Person gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) durchgeführt werden.

9.3 Assura delegiert bestimmte spezifische Tätigkeiten und die damit zusammenhängende Datenverarbeitung an externe oder interne Dienstleistungsgesellschaften innerhalb der Assura-Gruppe. Die Delegation wird durch eine Zusammenarbeitsvereinbarung geregelt, in der sich die beauftragten Unternehmen zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Gesetzgebung verpflichten.

9.4 Assura ist zudem berechtigt, die Personendaten ihrer Versicherten an andere Organe oder Behörden weiterzugeben, die mit öffentlichen Aufgaben betraut sind, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (Art. 84a KVG).

Artikel 10 – Mitteilungen

Die Mitteilungen von Assura erfolgen rechtsgültig an die letzte Post- oder E-Mail-Adresse, die die versicherte Person angegeben hat, oder über den Kundenbereich, falls sie dieser Kommunikationsform zugestimmt hat.

Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2026 in Kraft.

Assura-Basis AG

Besondere Versicherungsbedingungen (mit subsidiärer Unfalldeckung)

Obligatorische Krankenpflegeversicherung Basis-Modell

Ausgabe 01.2025

ERSTER TITEL – VERTRAGSGRUNDLAGEN UND ANWENDBARES RECHT

Für das Basis-Modell massgebend sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich der dazugehörenden Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

ZWEITER TITEL – VERSICHERUNGSFORMEN

KAPITEL 1 – ORDENTLICHE KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG

Artikel 1 – Leistungsumfang

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Artikel 24–31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

Artikel 2 – Franchise

- 2.1 Die versicherte Person trägt bis zum Betrag von CHF 300 (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.
- 2.2 Für Minderjährige wird keine Franchise erhoben.
- 2.3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 2.
- 2.4 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.
- 2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit von der Franchise befreit.

Artikel 3 – Selbstbehalt

- 3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).
- 3.2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder.
- 3.3 Auf spezifische Mutterschaftsleistungen wird kein Selbstbehalt erhoben.
- 3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit vom Selbstbehalt befreit.

Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

- 4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei Assura-Basis AG (nachfolgend «Assura» genannt) versichert, haben sie zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.
- 4.2 Tritt eine versicherte Person im Verlaufe des Jahres diesem Versicherungsmodell bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellten Anteile von Franchise und Selbstbehalt an. Wurden weder Franchise noch Selbstbehalt in Rechnung gestellt, erfolgt eine Anrechnung unter Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die versicherte Person.
- 4.3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

Artikel 5 – Leistungen

Assura übernimmt auf der Basis der anwendbaren Tarife und Gesetzesbestimmungen die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, die von Leistungserbringern erbracht werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

Artikel 6 – Wechsel des Versicherungsmodells

Der Wechsel vom Modell Basis zu einem anderen von Assura angebotenen Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ist jederzeit auf den ersten Tag des Folgemonats möglich.

KAPITEL 2 – OBLIGATORISCHE KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG MIT WAHLFRANCHISEN

Artikel 7 – Anwendbares Recht

Die oben erwähnten Bestimmungen sind zudem ebenfalls auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchise anwendbar, unter Vorbehalt der besonderen Regelungen in diesem Kapitel 2.

Artikel 8 – Zweck

Assura ermöglicht der versicherten Person, gemäss den nachfolgenden Bedingungen eine höhere Franchise zu wählen, um die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu reduzieren.

Artikel 9 – Wahlfranchise

9.1 Die versicherte Person trägt bis zu einem von ihr gewählten Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

9.2 Die Franchise für Erwachsene und/oder junge Erwachsene kann CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 betragen.

9.3 Die Franchise für ein Kind kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

Artikel 10 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

10.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

10.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

10.3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Dritter Titel – Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten 01.01.2025 in Kraft.

Assura-Basis AG

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung FeminaVita-Modell

Ausgabe 01.2026

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das FeminaVita-Modell ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

Für das FeminaVita-Modell massgebend sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich der dazugehörenden Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

Wer dem FeminaVita-Modell beitrifft, ist damit einverstanden, bei gesundheitlichen Problemen vor jeder ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung zuerst einen der folgenden Kontaktpunkte nach Wahl zu konsultieren:

- das telemedizinische Zentrum, oder
- die Hausärztin oder den Hausarzt.

Zweiter Titel – Versicherungsformen

Kapitel 1 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Artikel 1 – Leistungsumfang

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Artikel 24–31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

Artikel 2 – Franchise

- 2.1 Die versicherte Person trägt bis zum Betrag von CHF 300 (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.
- 2.2 Für Minderjährige wird keine Franchise erhoben.
- 2.3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 2.
- 2.4 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.
- 2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis 8 Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen von der Franchise befreit.

Artikel 3 – Selbstbehalt

3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3.2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder.

3.3 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis 8 Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen vom Selbstbehalt befreit.

Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei Assura-Basis AG (nachfolgend «Assura» genannt) versichert, haben sie zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

4.2 Tritt eine versicherte Person im Verlaufe des Jahres diesem Versicherungsmodell bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellten Anteile von Franchise und Selbstbehalt an. Eine Anrechnung von bereits in Rechnung gestellten Anteilen an Franchise und Selbstbehalt erfolgt unter Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die versicherte Person.

4.3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

Artikel 5 – Leistungen

5.1 Assura übernimmt auf der Basis der anwendbaren Tarife und Gesetzesbestimmungen die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, sofern sie von Leistungserbringern erbracht oder verordnet werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

5.2 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 3.

Kapitel 2 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

Artikel 6 – Anwendbares Recht

Die oben erwähnten Bestimmungen sind zudem ebenfalls auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchise anwendbar, unter Vorbehalt der besonderen Regelungen in diesem Kapitel 2.

Artikel 7 – Zweck

Assura ermöglicht der versicherten Person, gemäss den nachfolgenden Bedingungen eine höhere Franchise zu wählen, um die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu reduzieren.

Artikel 8 – Wahlfranchise

8.1 Die versicherte Person trägt bis zu einem von ihr gewählten Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

8.2 Die Franchise für Erwachsene und/oder junge Erwachsene kann CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 betragen.

8.3 Die Franchise für ein Kind kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

Artikel 9 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

9.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

9.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

9.3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Kapitel 3 – FeminaVita-Modell

Artikel 10 – Grundsätze des Modells

Wer dem FeminaVita-Modell beitrifft, ist damit **einverstanden**, bei gesundheitlichen Problemen vor jeder medizinischen, ambulanten oder stationären Behandlung **zuerst einen der in Artikel 12 aufgeführten Erstkontakte zu konsultieren**.

Artikel 11 – Die Akteure

11.1 Telemedizinisches Zentrum

Ein telemedizinisches Zentrum im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen ist ein von Assura als Erstkontakt bestimmter telemedizinischer Fachdienst, dessen Kontaktangaben auf der Internetseite von Assura aufgeführt sind.

11.2 Hausärzte

11.2.1 Hausärzte im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind. Die versicherte Person muss die Kontaktangaben ihres Hausarztes vorab Assura mitteilen.

11.2.2 Der Hausarztwechsel muss Assura von der versicherten Person vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt mitgeteilt werden.

11.3 Spezialist

Spezialisten im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche Ärztinnen und Ärzte mit einer anerkannten Weiterbildung in einem medizinischen Fachgebiet im Sinne des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG) sowie die Spitäler und Kliniken in denen sie praktizieren.

Artikel 12 – Pflichten der versicherten Person

12.1 Grundsätze der Versicherung

Die versicherte Person oder ihre gesetzliche Vertretung verpflichten sich, vor jeder ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung einen der folgenden Erstkontakte ihrer Wahl zu konsultieren:

- das telemedizinische Zentrum, oder
- die Hausärztin oder den Hausarzt.

12.2 Telemedizinisches Zentrum

12.2.1 Das telemedizinische Zentrum bietet der versicherten Person eine medizinische Beratung und leitet sie, wenn nötig, an einen anderen Leistungserbringer weiter.

12.2.2 Nach der Konsultation des telemedizinischen Zentrums kann die versicherte Person für ihre weitere Behandlung innerhalb der Grenzen des KVG während des vom telemedizinischen Zentrum bestimmten Zeitraums den Leistungserbringer oder Spezialisten frei wählen. **Sollte die Folgebehandlung einer versicherten Person länger als diesen Zeitraum dauern, muss sie sich erneut an das telemedizinische Zentrum wenden.**

12.2.3 Die Konsultation, die das telemedizinische Zentrum in seiner Funktion als Erstkontakt erbringt, wird der versicherten Person nicht in Rechnung gestellt.

12.3 Hausärzte

Der Hausarzt entscheidet, ob er den weiteren Verlauf der Behandlung selbst übernimmt oder ob er die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer oder einen Spezialisten überweist. Im letzteren Fall verpflichtet sich die versicherte Person, von ihrem Hausarzt einen vollständig ausgefüllten, datierten und unterschriebenen Überweisungsschein zu verlangen und diesen so rasch als möglich an Assura weiterzuleiten. Nach Konsultation ihres Hausarztes kann die versicherte Person innerhalb der Grenzen des KVG für ihre weitere Behandlung den Leistungserbringer oder Spezialisten frei wählen.

12.4 Ausnahmen

12.4.1 Ambulante Konsultationen beim Augenarzt, Kinderarzt für Kinder oder Gynäkologen fallen nicht unter die Bestimmungen von Artikel 12.

12.4.2 Bei nachgewiesenen Notfällen in der Schweiz oder im Ausland unterliegt die versicherte Person nicht den Verpflichtungen gemäss Artikel 12.

12.4.3 Ein Notfall liegt vor, wenn ihr Zustand für die Person möglicherweise lebensgefährlich ist oder wenn eine sofortige Behandlung erforderlich ist.

Artikel 13 – Medizinische Empfehlungen und Leistungen ohne Franchise

13.1 Medizinische Empfehlungen

13.1.1 Die versicherte Person ist damit einverstanden, dass die Erstkontakte gemäss Artikel 12 und allfällige andere Leistungserbringer ihr medizinische Empfehlungen zum Zweck der Gesundheitsförderung und Prävention machen.

13.1.2 Diese Empfehlungen können punktuell aufgrund medizinischer Kriterien erfolgen, die die in Artikel 12

aufgelisteten Erstkontakte oder allfällige weitere involvierte Leistungserbringer selbst bestimmen.

13.1.3 Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, diese Empfehlungen zu befolgen.

13.2 Leistungen ohne Franchise

Für bestimmte Leistungen, die auf der Internetseite von Assura aufgeführt sind, kann Assura gemäss den dort angegebenen Bedingungen auf die Erhebung der Franchise verzichten. Diese Liste kann von Assura zu Beginn eines jeden Kalenderjahres geändert werden.

Artikel 14 – Sanktionen

Hält sich die versicherte Person nicht an ihre Pflichten aus Artikel 12, sendet ihr Assura eine Mahnung. Bei jedem erneuten Verstoß innerhalb desselben Kalenderjahrs wird die Kostenübernahme von Assura abgelehnt.

Artikel 15 – Beitritt zum FeminaVita-Modell

15.1 Dem FeminaVita-Modell können alle Personen beitreten, die in der Prämienregion wohnen, in der Assura dieses Modell anbietet.

15.2 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einer Prämienregion, in der Assura das FeminaVita-Modell anbietet, und die im Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) versichert ist, kann jederzeit auf den ersten Tag des Folgemonats dem FeminaVita-Modell beitreten.

Artikel 16 – Austritt aus dem FeminaVita-Modell

16.1 Assura kann das FeminaVita-Modell auf das Ende eines Kalenderjahres aufheben oder ändern. Bei Aufhebung des Modells wird die versicherte Person auf den 1. Januar des Folgejahres mit einer identischen Franchise in ein anderes Versicherungsmodell von Assura (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder auf Antrag in ein Versicherungsmodell ihrer Wahl übernommen. Die versicherte Person kann auch ihr Kündigungsrecht gemäss Artikel 7 KVG in Anspruch nehmen.

16.2 Falls die versicherte Person in eine Prämienregion zieht, in der Assura das FeminaVita-Modell nicht anbietet, wird sie automatisch mit der gleichen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder auf Antrag in ein anderes Grundversicherungsmodell von Assura übernommen.

16.3 Im Falle der Aufnahme in ein Pflegeheim, der Haft in einer Strafanstalt, eines Langzeitspitalaufenthalts oder einer ähnlichen Situation kann die versicherte Person Assura schriftlich darum ersuchen, mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen zu werden, und zwar rückwirkend auf den 1. des Monats, an dem dieses Ereignis eingetreten ist.

Artikel 17 – Datenschutz

17.1 Grundsatz

Assura bearbeitet nur die Daten, die notwendig sind, um die Prämien zu berechnen und einzukassieren, das Anrecht auf Versicherungsleistungen zu evaluieren,

Rückerstattungsanträge für Leistungen zu bearbeiten, Regressansprüche gegen haftpflichtige Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen.

17.2 Ans telemedizinische Zentrum übermittelte Daten

Assura übermittelt dem telemedizinischen Zentrum regelmässig eine aktualisierte Liste der Versicherten im FeminaVita-Modell, unabhängig davon, ob ein Versicherungsfall eingetreten ist. Damit kann das telemedizinische Zentrum die Versicherungsdeckung prüfen. Es werden ausschliesslich Daten übermittelt, die zur Identifizierung der versicherten Person und zur Bestimmung ihrer Versicherungsdeckung dienen. Davon ausgenommen sind ihre Gesundheitsdaten. Die Weiterleitung dieser Daten kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Lösung, die durch einen Dritten verwaltet wird.

17.3 Datenaustausch bei Eintreten eines Versicherungsfalls

17.3.1 Mit Abschluss des FeminaVita-Modells erklärt sich die versicherte Person mit dem Datenaustausch zwischen dem telemedizinischen Zentrum und Assura, dem Hausarzt sowie allen weiteren beteiligten Leistungserbringern und Assura einverstanden. Dieser Austausch hat unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu erfolgen und darf nur erfolgen, soweit er zur Sicherstellung einer optimalen Koordination im Rahmen des FeminaVita-Modells unbedingt erforderlich ist.

17.3.2 Die versicherte Person ermächtigt ausserdem das telemedizinische Zentrum und den Hausarzt, mit dem Spezialisten oder dem von der versicherten Person gewählten Leistungserbringer die notwendigen medizinischen Informationen auszutauschen.

17.3.3 Um zu überprüfen, ob die versicherte Person die Versicherungsbedingungen des FeminaVita-Modells einhält, übermittelt das telemedizinische Zentrum Assura die notwendigen Daten für eine solche Überprüfung.

17.3.4 Die Telefongespräche werden vom telemedizinischen Zentrum aufgezeichnet und archiviert. Bei Streitigkeiten können die Aufzeichnungen als Beweismittel verwendet und nötigenfalls vor Gericht zum Beweis herangezogen werden. Assura verfügt ohne entsprechende Vollmacht durch die versicherte Person über keinen direkten Zugriff auf diese Informationen.

17.3.5 Die vorgesehene Übermittlung von Daten zwischen Assura, dem telemedizinischen Zentrum, dem Hausarzt sowie den übrigen Leistungserbringern kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Plattform, die von einem Dritten verwaltet wird.

Artikel 18 – Verantwortung

Assura übernimmt keine medizinische Verantwortung.

Dritter Titel – Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2026 in Kraft.

Assura-Basis AG

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Gesundheitsnetz-Modell

Ausgabe 01.2025

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das Gesundheitsnetz-Modell ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

Für das Gesundheitsnetz-Modell massgebend sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich der dazugehörigen Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

Die besonderen Bestimmungen über dieses Versicherungsmodell und den Bei- und Austritt der Versicherten stützen sich auf Artikel 41 Absatz 4 KVG, Artikel 62 Absatz 1 und 3 KVG und Artikel 99–101 KVV. Für alle übrigen Bestimmungen wird auf die allgemeinen Grundsätze des KVG und dessen Verordnungen verwiesen.

Mit der Wahl des Gesundheitsnetz-Modells erklärt sich die versicherte Person mit den Besonderen Versicherungsbedingungen gemäss Kapitel 3 einverstanden. Im Gegenzug profitiert sie von ermässigten Versicherungsprämien.

Zweiter Titel – Versicherungsformen

Kapitel 1 – Ordentliche Krankenpflegeversicherung

Artikel 1 – Leistungsbereich

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Artikel 24–31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

Artikel 2 – Franchise

2.1 Die versicherte Person trägt bis zum Betrag von CHF 300 (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

2.2 Für Minderjährige wird keine Franchise erhoben.

2.3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 2.

2.4 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.

2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit von der Franchise befreit.

Artikel 3 – Selbstbehalt

3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3.2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder.

3.3 Auf besondere Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit vom Selbstbehalt befreit.

Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei Assura-Basis AG (nachfolgend «Assura» genannt) versichert, haben sie zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

4.2 Tritt eine versicherte Person im Verlaufe des Jahres diesem Versicherungsmodell bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellten Anteile von Franchise und Selbstbehalt an. Wurden weder Franchise noch Selbstbehalt in Rechnung gestellt, erfolgt eine Anrechnung unter Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die versicherte Person.

4.3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

Artikel 5 – Leistungen

5.1 Assura übernimmt auf der Basis der anwendbaren Tarife und Gesetzesbestimmungen die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, die von Leistungserbringern erbracht werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

5.2 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 3.

Kapitel 2 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

Artikel 6 – Anwendbares Recht

Die oben erwähnten Bestimmungen sind zudem ebenfalls auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchise anwendbar, unter Vorbehalt der besonderen Regelungen in diesem Kapitel 2.

Artikel 7 – Zweck

Assura ermöglicht der versicherten Person, gemäss den nachfolgenden Bedingungen eine höhere Franchise zu wählen, um die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu reduzieren.

Artikel 8 – Wahlfranchise

8.1 Die versicherte Person trägt bis zu einem von ihr gewählten Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

8.2 Die Franchise für Erwachsene und/oder junge Erwachsene kann CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 betragen.

8.3 Die Franchise für ein Kind kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

Artikel 9 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

9.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

9.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

9.3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Kapitel 3 – Gesundheitsnetz-Modell

Artikel 10 – Wahl des ärztlichen Grundversorgers

10.1 Die versicherte Person verpflichtet sich, einen ärztlichen Grundversorger (gewählter Arzt) auszuwählen, der sich am Gesundheitsnetz-Modell beteiligt und auf der für dieses Modell verbindlichen Ärzteliste aufgeführt ist. Sobald sie den Arzt ausgewählt hat, muss sie Assura dessen Kontaktdaten mitteilen. Falls die versicherte Person ohne vorgängige explizite Wahl einen Arzt konsultiert, der auf der Ärzteliste aufgeführt ist, wird dieser als gewählter Arzt erfasst.

10.2 Die Ärzteliste ist auf der Website von Assura publiziert. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Ärzteliste. Diese kann von Assura jederzeit einseitig der Entwicklung des Kreises der Ärzte, die dem Ärztenetz angehören, welches am Gesundheitsnetz-Modell teilnimmt, angepasst werden.

10.3 Ist der gewählte Arzt nicht mehr Teil der Ärzteliste, hat die versicherte Person innerhalb 30 Tagen ab Versand der entsprechenden Mitteilung durch Assura einen neuen in der Ärzteliste aufgeführten Arzt auszuwählen. Teilt die versicherte Person Assura innerhalb der oben genannten Frist keinen neuen Arzt mit, so wechselt sie automatisch ins Basis-Modell (ordentliche Krankenpflegeversicherung) mit derselben Franchise über.

10.4 Der Wechsel des gewählten Arztes muss Assura von der versicherten Person vor der ersten Konsultation beim neu gewählten Arzt mitgeteilt werden. Bei einem Wechsel des gewählten Arztes erklärt sich die versicherte Person damit

einverstanden, dass die Informationen an den neu gewählten Arzt weitergegeben werden. In diesem Sinne befreit sie den bisherigen Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

Artikel 11 – Pflichten der versicherten Person

11.1 Die versicherte Person verpflichtet sich, immer zuerst den gewählten Arzt zu konsultieren. Der gewählte Arzt ist der Ansprechpartner der versicherten Person. Ist der gewählte Arzt vorübergehend nicht verfügbar, kann das Gesundheitsnetz der versicherten Person vorschlagen, ein telemedizinisches Zentrum zu kontaktieren. Die Kontaktangaben sind verfügbar auf der Website des Delta-Netzwerkes: www.reseau-delta.ch. Der gewählte Arzt koordiniert in allen Fällen alle medizinischen Belange und verfolgt die Entwicklung der versicherten Person in sämtlichen medizinischen Behandlungsstadien.

11.2 Der gewählte Arzt entscheidet, ob er die Behandlung selbst durchführt oder ob er die versicherte Person an einen Spezialisten überweist. In diesem Fall ist die versicherte Person verpflichtet, vor der Konsultation durch einen Spezialisten von ihrem gewählten Arzt einen vollständig ausgefüllten, datierten und unterschriebenen Überweisungsschein anzufordern. Dieser Überweisungsschein ist anschliessend so rasch als möglich an Assura weiterzuleiten. Die versicherte Person verpflichtet sich ausdrücklich, die vorgeschriebene Behandlung zu befolgen.

11.3 Falls der gewählte Arzt die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer (Radiologie, Physiotherapie usw.) überweist, muss die versicherte Person die Behandlung beim durch den gewählten Arzt namentlich bezeichneten Leistungserbringer weiterführen.

11.4 Die versicherte Person verpflichtet sich, ihre Medikamente und/oder andere pharmazeutische Präparate, die zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung gehen, ausschliesslich bei einer Apotheke zu beziehen, die auf der Liste der anerkannten Apotheken (Apothekenliste) aufgeführt ist. Nur diese Apotheken können alle Punkte der medikamentösen Behandlung der versicherten Person koordinieren.

11.5 Die Liste der anerkannten Apotheken ist auf der Website von Assura publiziert. Diese Liste kann von Assura jederzeit einseitig geändert werden. Die versicherte Person wird über allfällige Änderungen der Liste der Apotheken schriftlich informiert, zum Beispiel im Kundenmagazin. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Liste der anerkannten Apotheken.

11.6 Vorbehalten bleiben die in Artikel 13 aufgeführten Bestimmungen für Notfälle und Ausnahmen.

Artikel 12 – Sanktionen

12.1 Bei Nicht-Einhaltung der Artikel 11.2 und 11.4 erinnert Assura die versicherte Person an ihre Pflichten. Bei jedem erneuten Verstoss innerhalb desselben Kalenderjahrs wird die Kostenübernahme von Assura abgelehnt.

12.2 Bei Verstössen gegen weitere Pflichten aus Artikel 11 wird die Kostenübernahme von Assura abgelehnt.

Artikel 13 – Ausnahmen

13.1 Bei einem nachgewiesenen Notfall kann sich die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer als

den gewählten Arzt respektive an eine nicht anerkannte Apotheke wenden. Die Benutzung einer nicht anerkannten Apotheke ist zudem bei Auslandsaufenthalten gestattet.

13.2 Falls die versicherte Person einen anderen Leistungserbringer als den gewählten Arzt oder eine im Sinne von Artikel 12.1 nicht anerkannte Apotheke konsultiert, muss sie den gewählten Arzt so rasch wie möglich darüber informieren und die Behandlung bei ihm fortführen, es sei denn, der gewählte Arzt bestimmt etwas anderes.

13.3 Ambulante Sprechstunden beim Augenarzt, Kinderarzt für Kinder oder Gynäkologen fallen nicht unter die Bestimmungen von Artikel 11.

Artikel 14 – Beitritt zum Gesundheitsnetz-Modell

14.1 Dem Gesundheitsnetz-Modell können alle Personen beitreten, die in einem Kanton wohnen, in dem Assura dieses Modell anbietet.

14.2 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einem Kanton, in dem Assura das Gesundheitsnetz-Modell anbietet, und einer Grundversicherung mit einer ordentlichen Franchise von CHF 300 für Erwachsene und/oder junge Erwachsene und von CHF 0 für Kinder kann dem Gesundheitsnetz-Modell jederzeit beitreten.

Artikel 15 – Austritt aus dem Gesundheitsnetz-Modell

15.1 Unter Vorbehalt der Artikel 15.2–15.6 ist der Austritt aus dem Gesundheitsnetz-Modell nur unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres möglich und bedingt den nahtlosen Übergang in eine andere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Assura. Dieser Austritt gilt nicht als Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Assura. Artikel 7 Absatz 3 und 4 KVG bleiben vorbehalten. Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

15.2 Falls die versicherte Person in einen Kanton zieht, in dem das Gesundheitsnetz-Modell von Assura nicht angeboten wird, wechselt sie automatisch ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) mit derselben Franchise über.

15.3 Wenn in einem Kanton alle Verträge zwischen Assura und der oder den Betriebsgesellschaften der Ärztenetzwerke aufgelöst werden, die sich am Gesundheitsnetz-Modell beteiligen, wird das Gesundheitsnetz-Modell im betreffenden Kanton nicht mehr angeboten. In diesem Fall wechseln die versicherten Personen mit Wohnsitz im betreffenden Kanton automatisch ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) mit derselben Franchise über.

15.4 Im Falle der Aufnahme in ein Pflegeheim, der Haft in einer Strafanstalt, eines Langzeitspitalaufenthalts oder einer ähnlichen Situation kann die versicherte Person Assura schriftlich darum ersuchen, mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen zu werden, und zwar rückwirkend auf den 1. des Monats, an dem dieses Ereignis eingetreten ist.

15.5 Steht einer versicherten Person infolge der Entfernung einer bisher anerkannten Apotheke von der Apothekenliste keine anerkannte Apotheke in ihrer Region mehr zur Verfügung, so hat sie das Recht, in ein anderes

Grundversicherungsmodell von Assura mit gleicher Franchise zu wechseln.

Artikel 16 – Datenbearbeitung

16.1 Prüfung des Versicherungsschutzes

Um den Versicherungsschutz der betroffenen Person zu prüfen, leitet Assura dem gewählten Arzt des Gesundheitsnetzes die zu ihrer Identifikation und zur Bestimmung der Versicherungsdeckung notwendigen Daten weiter. Die Gesundheitsdaten der versicherten Person sind jedoch von der Weiterleitung ausgenommen. Die Weiterleitung dieser Daten kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Lösung, die durch einen Dritten verwaltet wird.

16.2 Datenaustausch

16.2.1 Mit Abschluss des Gesundheitsnetz-Modells erklärt sich die versicherte Person mit dem Datenaustausch zwischen dem telemedizinischen Zentrum, dem gewählten Arzt und/oder allen weiteren beteiligten Leistungserbringern innerhalb oder ausserhalb des Gesundheitsnetzes und Assura einverstanden. Dieser Austausch hat unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu erfolgen und darf nur erfolgen, soweit er zur Sicherstellung einer optimalen Koordination im Rahmen des Gesundheitsnetz-Modells und zur Bestimmung des Leistungsanspruchs unbedingt erforderlich ist.

16.2.2 Ausserdem ermächtigt die versicherte Person den gewählten Arzt, mit den übrigen Leistungserbringern innerhalb oder ausserhalb des Gesundheitsnetzes, wie dem telemedizinischen Zentrum, die notwendigen medizinischen Informationen auszutauschen.

16.2.3 Die vorgesehene Übermittlung von Daten zwischen dem telemedizinischen Zentrum und Assura, zwischen dem gewählten Arzt und Assura sowie zwischen den übrigen beteiligten Leistungserbringern kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Plattform, die von einem Dritten verwaltet wird.

16.3 Datenbearbeitung durch Assura

Assura bearbeitet nur die Daten, die notwendig sind, um die Prämien zu berechnen und einzukassieren, das Anrecht auf Versicherungsleistungen zu evaluieren, Rückerstattungsanträge für Leistungen zu bearbeiten, Regressansprüche gegen haftpflichtige Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen.

Artikel 17 – Haftung

Die Haftung für die diagnostischen und therapeutischen Leistungen liegt ausschliesslich bei den Dienstleistern, welche die versicherte Person behandeln.

Dritter Titel – Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2025 in Kraft.

Assura-Basis AG

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Hausarzt-Modell

Ausgabe 01.2025

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das Hausarzt-Modell ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

Für das Hausarzt-Modell massgebend sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich der dazugehörenden Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

Zweiter Titel – Versicherungsformen

Kapitel 1 – Ordentliche Krankenpflegeversicherung

Artikel 1 – Leistungsumfang

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Artikel 24–31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

Artikel 2 – Franchise

2.1 Die versicherte Person trägt bis zum Betrag von CHF 300 (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

2.2 Für Minderjährige wird keine Franchise erhoben.

2.3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 2.

2.4 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.

2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit von der Franchise befreit.

Artikel 3 – Selbstbehalt

3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3.2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder.

3.3 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit vom Selbstbehalt befreit.

Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei Assura-Basis AG (nachfolgend «Assura» genannt) versichert, haben sie zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

4.2 Tritt eine versicherte Person im Verlaufe des Jahres diesem Versicherungsmodell bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellten Anteile von Franchise und Selbstbehalt an. Wurden weder Franchise noch Selbstbehalt in Rechnung gestellt, erfolgt eine Anrechnung unter Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die versicherte Person.

4.3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

Artikel 5 – Leistungen

5.1 Assura übernimmt auf der Basis der anwendbaren Tarife und Gesetzesbestimmungen die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, sofern sie von Leistungserbringern erbracht oder verordnet werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

5.2 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 3.

Kapitel 2 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

Artikel 6 – Anwendbares Recht

Die oben erwähnten Bestimmungen sind zudem ebenfalls auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchise anwendbar, unter Vorbehalt der besonderen Regelungen in diesem Kapitel 2.

Artikel 7 – Zweck

Assura ermöglicht der versicherten Person, gemäss den nachfolgenden Bedingungen eine höhere Franchise zu wählen, um die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu reduzieren.

Artikel 8 – Wahlfranchise

8.1 Die versicherte Person trägt bis zu einem von ihr gewählten Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

8.2 Die Franchise für Erwachsene und/oder junge Erwachsene kann CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 betragen.

8.3 Die Franchise für ein Kind kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

Artikel 9 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

9.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

9.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

9.3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Kapitel 3 – Hausarzt-Modell

Artikel 10 – Pflichten der versicherten Person

10.1 Mit der Wahl des Hausarzt-Modells erklärt sich die versicherte Person mit den nachfolgend aufgeführten besonderen Bedingungen einverstanden.

10.2 Ausser bei nachgewiesenem Notfall verpflichtet sich die versicherte Person, immer zuerst den Hausarzt zu konsultieren, den sie unter Ärzten ausgewählt hat, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind und dessen Kontaktangaben sie Assura mitgeteilt hat. Dieser Hausarzt ist der Ansprechpartner der versicherten Person. Er koordiniert alle medizinischen Belange.

10.3 Der Hausarzt entscheidet, ob er die Behandlung selbst durchführt oder ob er die versicherte Person an einen Spezialisten überweist. In diesem Fall ist die versicherte Person verpflichtet, vor der Konsultation durch einen Spezialisten von ihrem Hausarzt einen vollständig ausgefüllten, datierten und unterschriebenen Überweisungsschein anzufordern. Dieser Überweisungsschein ist anschliessend so rasch als möglich an Assura weiterzuleiten. Sprechstunden beim Augenarzt oder Gynäkologen fallen nicht unter diese Bestimmungen.

10.4 Der Hausarztwechsel muss Assura von der versicherten Person vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt mitgeteilt werden.

10.5 Die besonderen Bestimmungen über dieses Versicherungsmodell und den Bei- und Austritt der Versicherten stützen sich auf Artikel 41 Absatz 4 KVG, Artikel 62 Absatz 1 und 3 KVG und Artikel 99–101 KVV. Für alle übrigen Bestimmungen wird auf die allgemeinen Grundsätze des KVG und dessen Verordnungen verwiesen.

Artikel 11 – Sanktionen

Bei Nicht-Einhaltung von Artikel 10.3 erinnert Assura die versicherte Person an ihre Pflichten. Bei jedem erneuten Verstoß innerhalb desselben Kalenderjahrs wird die Kostenübernahme von Assura abgelehnt.

Artikel 12 – Beitritt zum Hausarzt-Modell

12.1 Dem Hausarzt-Modell können alle Personen beitreten, die in einer Prämienregion wohnen, in der Assura dieses Modell anbietet.

12.2 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einem Kanton, in dem Assura das Hausarzt-Modell anbietet, und einer Grundversicherung mit einer ordentlichen Franchise von CHF 300 für Erwachsene und/oder junge Erwachsene und von CHF 0 für Kinder kann dem Hausarzt-Modell jederzeit beitreten.

Artikel 13 – Austritt aus dem Hausarzt-Modell

13.1 Unter Vorbehalt der Artikel 13.2 und 13.3 ist der Austritt aus dem Hausarzt-Modell nur unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres möglich und bedingt den nahtlosen Übergang in eine andere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Assura. Dieser Austritt gilt nicht als Kündigung bei Assura. Artikel 7 Absatz 3 und 4, KVG bleiben vorbehalten. Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

13.2 Zieht die versicherte Person in einen Kanton um, in dem das Hausarzt-Modell von Assura nicht angeboten wird, wechselt sie automatisch ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) mit derselben Franchise über.

13.3 Im Falle der Aufnahme in ein Pflegeheim, der Haft in einer Strafanstalt, eines Langzeitspitalaufenthalts oder einer ähnlichen Situation kann die versicherte Person Assura schriftlich darum ersuchen, mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen zu werden, und zwar rückwirkend auf den 1. des Monats, an dem dieses Ereignis eingetreten ist.

Dritter Teil – Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2025 in Kraft.

Assura-Basis AG

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung Assura Hausspital-Modell

Ausgabe 01.2026

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das Assura Hausspital-Modell ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995. Für das Assura Hausspital-Modell massgebend sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich der dazugehörigen Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

Die besonderen Bestimmungen über dieses Versicherungsmodell und den Ein- und Austritt der Versicherten stützen sich auf Art. 41 Abs. 4 KVG, Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG, Art. 99 bis 101 KVV. Für alle übrigen Bestimmungen wird auf die allgemeinen Grundsätze des KVG und dessen Verordnungen verwiesen.

Mit der Wahl des Assura Hausspital-Modells erklärt sich die versicherte Person mit den Besonderen Versicherungsbedingungen gemäss Kapitel 3 einverstanden. Im Gegenzug profitiert sie von ermässigten Versicherungsprämien.

Zweiter Titel – Versicherungsformen

Kapitel 1 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Artikel 1 – Leistungsbereich

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 24 bis 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

Artikel 2 – Franchise

2.1 Die versicherte Person trägt bis zum Betrag von CHF 300 (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

2.2 Für Minderjährige wird keine Franchise erhoben.

2.3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen des folgenden Kapitels 2.

2.4 Auf den Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.

2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen von der Franchise befreit.

Artikel 3 – Selbstbehalt

3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3.2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder.

3.3 Auf besondere Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen vom Selbstbehalt befreit.

Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei Assura-Basis AG (nachfolgend «Assura» genannt) versichert, haben sie zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

4.2 Tritt eine versicherte Person im Verlaufe des Jahres dieser Versicherungsdeckung bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an. Eine Anrechnung von bereits in Rechnung gestellten Anteilen an Franchise und Selbstbehalt erfolgt unter Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die versicherte Person.

4.3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

Artikel 5 – Leistungen

5.1 Assura übernimmt auf der Basis der anwendbaren Tarife und Gesetzesbestimmungen die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, die von Leistungserbringern erbracht werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

5.2 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 3.

Kapitel 2 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

Artikel 6 – Anwendbares Recht

Die oben erwähnten Bestimmungen sind zudem ebenfalls auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchise anwendbar, unter Vorbehalt der besonderen Regelungen in diesem Kapitel 2.

Artikel 7 – Zweck

Assura ermöglicht der versicherten Person gemäss den nachfolgenden Bedingungen eine höhere Franchise zu wählen, um die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu reduzieren.

Artikel 8 – Wahlfranchise

8.1 Die versicherte Person trägt bis zu einem von ihr gewählten Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

8.2 Die Franchise für Erwachsene und/oder junge Erwachsene kann CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 betragen.

8.3 Die Franchise für ein Kind kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

Artikel 9 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

9.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

9.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

9.3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Kapitel 3 – Assura Hausspital-Modell

Artikel 10 – Grundsätze des Modells

Mit dem Abschluss des Assura Hausspital-Modells erklärt sich die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter damit einverstanden, dass sie sich bei jedem auftretenden Gesundheitsproblem vor jeder medizinischen Beratung und/ oder ambulanten oder stationären Behandlung in einem ersten Schritt gemäss Art. 12.1 an ihren Hausarzt oder an das telemedizinische Zentrum als Primärversorger wendet. **Falls dieser Primärversorger die medizinische Beratung und/oder ambulante oder stationäre Behandlung nicht abschliessend durchführen kann und eine Überweisung an einen zusätzlichen Leistungserbringer notwendig wird, so hat die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter zwingend dafür zu sorgen, dass die Überweisung an das Kantonsspital Baselland resp. an deren Spezialisten als Sekundärversorger erfolgt.** Sie erklärt sich auch damit einverstanden, dass mit Ausnahme der Konsultationen, die durch die Primärversorger erbracht werden, alle medizinischen

Folgeuntersuchungen und -behandlungen durch den **Sekundärversorger** durchgeführt werden, sofern dies medizinisch begründet ist und die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt sind.

Artikel 11 – Die verschiedenen Akteure

11.1 Telemedizinisches Zentrum (Primärversorger)

Das von Assura ausgewählte telemedizinische Zentrum erbringt medizinische Beratungen und Fernuntersuchungen. Seine Kontaktangaben sind auf der Internetseite von Assura aufgeführt. Es zeigt der versicherten Person den geeigneten Behandlungsweg auf.

11.2 Hausärzte (Primärversorger)

11.2.1 Hausärzte im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind und deren Kontaktdaten die versicherte Person Assura mitgeteilt hat.

11.2.2 Beim Abschluss des Assura Hausspital-Modells wählt die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ihren Hausarzt und meldet Assura dessen Kontaktdaten.

11.2.3 Der Hausarztwechsel muss Assura von der versicherten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt mitgeteilt werden.

11.3 Kantonsspital Baselland (Sekundärversorger)

Das Kantonsspital Baselland erbringt als Leistungserbringer an seinen Standorten Liestal, Bruderholz und Laufen medizinische Beratungen und/oder ambulante und stationäre Behandlungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

11.4 Spezialisten (Sekundärversorger)

Spezialisten im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche Ärztinnen und Ärzte mit einer anerkannten Weiterbildung in einem medizinischen Fachgebiet im Sinne des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG), die im Kantonsspital Baselland praktizieren oder an die das Kantonsspital Baselland oder das telemedizinische Zentrum oder der Hausarzt die Überweisung vorgenommen hat.

Artikel 12 – Kontaktstellen und Pflichten

12.1 Grundsatz der Versicherung

Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter verpflichten sich, vor jeder medizinischen Beratung und/oder ambulanten oder stationären Behandlung als Erstkontakt einen der folgenden Akteure ihrer Wahl zu konsultieren:

- das telemedizinische Zentrum oder
- ihren Hausarzt.

12.2 Telemedizinisches Zentrum

12.2.1 Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter kann als Erstkontakt das telemedizinische Zentrum als Partner der Assura konsultieren.

12.2.2 Das telemedizinische Zentrum bietet der versicherten Person medizinische Beratung und medizinische Fernkonsultationen an. Gegebenenfalls vereinbart es mit der versicherten Person oder ihrem

gesetzlichen Vertreter eine angemessene Behandlung, zu deren Einhaltung sich die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter während eines bestimmten Zeitraums verpflichtet. Falls die Behandlung den festgelegten Zeitraum überschreitet, muss sich die versicherte Person erneut an das telemedizinische Zentrum wenden.

12.2.3 Wenn die medizinische Beratung und/oder Behandlung die Konsultation eines Allgemeinmediziners erfordert, so überweist das telemedizinische Zentrum die versicherte Person an dessen Hausarzt.

12.2.4 Wenn die medizinische Beratung und/oder Behandlung die Konsultation eines anderen Leistungserbringers erfordert, überweist das telemedizinische Zentrum die versicherte an das Kantonsspital Baselland resp. deren Spezialisten.

12.2.5 Verfügt das Kantonsspital Baselland über keinen geeigneten Spezialisten, bzw. bietet das Kantonsspital Baselland die erforderliche medizinische Fachrichtung nicht an, überweist das telemedizinische Zentrum die versicherte Person ausnahmsweise an einen anderen Leistungserbringer als das Kantonsspital Baselland.

12.2.6 Die Konsultation durch das telemedizinische Zentrum als erste Kontaktstelle wird der versicherten Person in Rechnung gestellt.

12.3 Hausarzt

12.3.1 Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter kann als Erstkontakt ihren Hausarzt konsultieren.

12.3.2 Der Hausarzt bietet der versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter medizinische Beratung und/oder Behandlung an. Wenn die medizinische Beratung und/oder ambulante oder stationäre Behandlung einen anderen Leistungserbringer erfordert, **muss die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter unter Vorbehalt des nachstehenden Artikels 12.3.3 sicherstellen, dass ihr Hausarzt sie für die Inanspruchnahme dieser medizinischen Beratung und/oder ambulanten oder stationären Behandlung an das Kantonsspital Baselland bzw. an dessen Spezialisten überweist, andernfalls treten die Folgen gemäss des nachfolgenden Artikels 14 ein.**

12.3.3 Verfügt das Kantonsspital Baselland über keinen geeigneten Spezialisten bzw. bietet das Kantonsspital Baselland die erforderliche medizinische Fachrichtung nicht an, überweist der Hausarzt die versicherte Person ausnahmsweise an einen anderen Leistungserbringer als das Kantonsspital Baselland.

12.3.4 Entscheidet der Hausarzt aus medizinischen Gründen, die versicherte Person für eine medizinische Beratung und/oder ambulante oder stationäre Behandlung an das Kantonsspital Baselland bzw. an deren Spezialisten oder an andere Leistungserbringer zu überweisen, verpflichtet sich die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter, von ihrem Hausarzt einen vollständig ausgefüllten, datierten und unterschriebenen Überweisungsschein zu erhalten und diesen vor der medizinischen Beratung und/oder ambulanten oder stationären Behandlung durch das Kantonsspital Baselland bzw. dessen Spezialisten oder durch einen anderen Leistungserbringer als das Kantonsspital Baselland an Assura zu übermitteln.

12.3.5 Überweist der Hausarzt die versicherte Person für die medizinische Beratung und/oder Behandlung an einen anderen Leistungserbringer bzw. an einen

Spezialisten ausserhalb des Kantonsspitals Baselland und obwohl für diese medizinische Beratung und/oder Behandlung im Kantonsspital Baselland geeignete Spezialisten zur Verfügung gestanden hätten, treten die Folgen des nachfolgenden Artikels 14 ein.

12.4 Kantonsspital Baselland

12.4.1 Die nicht bei einem Primärversorger abgeschlossene medizinische Beratung und/oder Behandlung ist zwingend unter Vorbehalt von Art. 12.2.3 durch eine Überweisung an das Kantonsspital Baselland bzw. an deren Spezialisten fortzuführen.

12.4.2 Das Kantonsspital Baselland und deren Spezialisten führen die durch den Primärversorger begonnene medizinische Beratung und/oder Behandlung ambulant oder stationär fort und schliessen diese innert einer medizinisch angemessenen Zeit ab.

12.4.3 Die Überweisung durch das Kantonsspital Baselland an andere Leistungserbringer bzw. an Spezialisten ausserhalb des Kantonsspitals Baselland erfolgt ausschliesslich, falls das Kantonsspital Baselland sowie deren Spezialisten die medizinische Beratung und/oder ambulante oder stationäre medizinische Behandlung nicht selbst innert einer medizinisch angemessenen Zeit zum Abschluss bringen können oder wenn es über keinen geeigneten Spezialisten verfügt, bzw. die erforderliche medizinische Fachrichtung nicht anbietet. Eine Überweisung erfolgt ohne Anspruch auf Mitbestimmung durch die versicherte Person oder ihren gesetzlichen Vertreter.

Artikel 13 – Ausnahmen

13.1. Ambulante Sprechstunden beim Augenarzt, Gynäkologen, Kinderarzt für Kinder sowie Geburten fallen nicht unter die Bestimmungen von Artikel 12.

13.2 Bei einem nachgewiesenen Notfall, der in der Schweiz oder im Ausland eingetreten ist, unterliegt die versicherte Person nicht den Verpflichtungen gemäss Artikel 12.

13.3 Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand einer Person als lebensbedrohlich eingeschätzt wird oder wenn die Notwendigkeit einer sofortigen Behandlung besteht.

13.4 Erfordert die notfallmässig erbrachte Leistung eine Nachbehandlung, so muss die versicherte Person die in Artikel 12 eingegangenen Verpflichtungen einhalten, sobald keine Notfallsituation mehr vorliegt.

Artikel 14 – Sanktionen

Verstösst die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter gegen ihre sich aus Artikel 12 der vorliegenden Versicherungsbedingungen ergebenden Pflichten, wird sie von Assura gemahnt. Bei jeder weiteren Pflichtverletzung innerhalb desselben Kalenderjahres wird die Kostenübernahme durch Assura abgelehnt.

Artikel 15 – Beitritt zum Assura Hausspital-Modell

15.1 Dem Assura Hausspital-Modell können ausschliesslich Personen beitreten, die Wohnsitz in den Kantonen Basel-Stadt (BS), Basel-Landschaft (BL), Solothurn (SO) oder Aargau (AG) haben.

15.2 Jede versicherte Person mit Wohnsitz in den Kantonen Basel-Stadt (BS), Basel-Landschaft (BL),

Solothurn (SO) oder Aargau (AG) und die bei Assura das Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) hat, kann dem Assura Hausspital-Modell jederzeit auf den ersten Tag des Folgemonats beitreten.

15.3 Im Falle einer laufenden Behandlung beim Eintritt ins Assura Hausspital-Modell muss die versicherte Person die Verpflichtungen im Sinne der Artikel 12, 13.2 und 13.4 einhalten. Davon ausgenommen sind stationäre Eingriffe, die vor dem Eintritt ins Assura Hausspital-Modell geplant wurden, und die innert zwei Monaten nach Eintritt der versicherten Person ins Assura Hausspital-Modell stattfinden.

Artikel 16 – Austritt aus dem Assura Hausspital-Modell

16.1 Assura kann das Assura Hausspital-Modell jeweils auf das Ende eines Kalenderjahres ordentlich aufheben oder ändern. Im Falle einer Aufhebung wird die versicherte Person auf den 1. Januar des Folgejahres mit einer identischen Franchise in ein anderes von Assura angebotenes Versicherungsmodell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder in ein anderes Versicherungsmodell ihrer Wahl transferiert. Letzteres erfordert einen Antrag der versicherten Person. Die versicherte Person kann auch ihr Kündigungsrecht gemäss Artikel 7 KVG in Anspruch nehmen.

16.2 Im Falle einer ausserordentlichen Schliessung des Assura Hausspital-Modells wird die versicherte Person am Folgetag der Schliessung mit einer identischen Franchise in ein anderes von Assura angebotenes Versicherungsmodell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder in ein anderes Versicherungsmodell ihrer Wahl übernommen. Letzteres erfordert einen Antrag der versicherten Person.

16.3 Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz in einen anderen Kanton als die Kantone Basel-Stadt (BS), Basel-Landschaft (BL), Solothurn (SO) oder Aargau (AG) wird sie standardmässig in das Modell Basis (obligatorische Krankenpflegeversicherung) mit gleicher Franchise oder falls sie dies wünscht, in ein anderes von Assura angebotenes Versicherungsmodell übernommen.

16.4 Im Falle der Aufnahme in ein Pflegeheim, der Haft in einer Strafanstalt, eines Langzeitspitalaufenthalts oder einer ähnlichen Situation kann die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter bei Assura schriftlich beantragen, dass sie rückwirkend auf den 1. des Monats, in dem das Ereignis eingetreten ist, mit identischer Franchise, in das Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung), transferiert wird.

Artikel 17 – Datenbearbeitung

17.1 Prüfung des Versicherungsschutzes

Um den Versicherungsschutz der betroffenen Person zu prüfen, leitet Assura dem telemedizinischen Zentrum die zur Identifikation notwendigen Stammdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse) und die Versicherungsdeckung weiter. Die Gesundheitsdaten der versicherten Person sind jedoch von der Weiterleitung ausgenommen. Die Weiterleitung der zur Identifikation notwendigen Daten kann mit Hilfe Dritter

erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Lösung, die durch einen Dritten verwaltet wird.

17.2 Datenaustausch

17.2.1 Mit Abschluss des Assura Hausspital-Modells erklärt sich die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter damit einverstanden, dass Assura, das telemedizinische Zentrum, der Hausarzt sowie das Kantonsspital Baselland die erforderlichen Behandlungsdaten unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen untereinander austauschen, um eine optimale Koordination im Rahmen des Assura Hausspital-Modells sicherzustellen.

17.2.2 Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ermächtigt insbesondere ihren Hausarzt sowie das telemedizinische Zentrum, die für die Behandlung notwendigen medizinischen Informationen an das Kantonsspital Baselland bzw. an deren Spezialisten zu übermitteln.

17.2.3 Um zu überprüfen, ob die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter die Versicherungsbedingungen des Assura Hausspital-Modells einhält, übermittelt das telemedizinische Zentrum Assura die für eine solche Überprüfung notwendigen Daten, insbesondere die Liste der Konsultationen, Überweisungen und den für die Folgebehandlung bestimmten Zeitraum. Zum gleichen Zweck übermittelt das Kantonsspital Baselland Assura die Liste der Konsultationen und Überweisungen an andere Leistungserbringer bzw. an Spezialisten ausserhalb des Kantonsspitals Baselland.

17.2.4 Die Telefongespräche werden vom telemedizinischen Zentrum aufgezeichnet, archiviert und gemäss den gesetzlichen Vorschriften vernichtet. Im Streitfall können die Aufzeichnungen als Beweismittel dienen und gegebenenfalls vor Gericht verwendet werden. Assura verfügt ohne entsprechende Vollmacht durch die versicherte Person über keinen direkten Zugriff auf diese Informationen.

17.2.5 Die vorgesehene Übermittlung von Daten zwischen Assura und dem telemedizinischen Zentrum sowie zwischen Assura und dem Kantonsspital Baselland kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Plattform, die von einem Dritten verwaltet wird.

17.3 Datenverarbeitung durch Assura

Assura bearbeitet nur die Daten, die notwendig sind, um die Prämien zu berechnen und einzukassieren, das Anrecht auf Versicherungsleistungen zu evaluieren, Rückerstattungsanträge für Leistungen zu bearbeiten, die Einhaltung des Assura Hausspital-Modells zu überprüfen, Regressansprüche gegen haftpflichtige Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen.

Artikel 18 - Verantwortung

Assura übernimmt keine medizinische Verantwortung.

Dritter Titel - Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2026 in Kraft.

Assura-Basis AG

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung Assura Hausspital-Modell

Ausgabe 01.2027

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das Assura Hausspital-Modell ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

Für das Assura Hausspital-Modell massgebend sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich der dazugehörigen Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

Die besonderen Bestimmungen über dieses Versicherungsmodell und den Ein- und Austritt der Versicherten stützen sich auf Art. 41 Abs. 4 KVG, Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG, Art. 99 bis 101 KVV. Für alle übrigen Bestimmungen wird auf die allgemeinen Grundsätze des KVG und dessen Verordnungen verwiesen.

Mit der Wahl des Assura Hausspital-Modells erklärt sich die versicherte Person mit den Besonderen Versicherungsbedingungen gemäss Kapitel 3 einverstanden. Im Gegenzug profitiert sie von ermässigten Versicherungsprämien.

Zweiter Titel – Versicherungsformen

Kapitel 1 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Artikel 1 – Leistungsbereich

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 24 bis 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

Artikel 2 – Franchise

2.1 Die versicherte Person trägt bis zum Betrag von CHF 300 (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

2.2 Für Minderjährige wird keine Franchise erhoben.

2.3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen des folgenden Kapitels 2.

2.4 Auf den Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.

2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen von der Franchise befreit.

Artikel 3 – Selbstbehalt

3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3.2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder.

3.3 Auf besondere Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen vom Selbstbehalt befreit.

Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei Assura-Basis AG (nachfolgend «Assura» genannt) versichert, haben sie zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

4.2 Tritt eine versicherte Person im Verlaufe des Jahres dieser Versicherungsdeckung bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an. Eine Anrechnung von bereits in Rechnung gestellten Anteilen an Franchise und Selbstbehalt erfolgt unter Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die versicherte Person.

4.3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

Artikel 5 – Leistungen

5.1 Assura übernimmt auf der Basis der anwendbaren Tarife und Gesetzesbestimmungen die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, die von Leistungserbringern erbracht werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

5.2 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 3.

Kapitel 2 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

Artikel 6 – Anwendbares Recht

Die oben erwähnten Bestimmungen sind zudem ebenfalls auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchise anwendbar, unter Vorbehalt der besonderen Regelungen in diesem Kapitel 2.

Artikel 7 – Zweck

Assura ermöglicht der versicherten Person gemäss den nachfolgenden Bedingungen eine höhere Franchise zu wählen, um die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu reduzieren.

Artikel 8 – Wahlfranchise

8.1 Die versicherte Person trägt bis zu einem von ihr gewählten Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

8.2 Die Franchise für Erwachsene und/oder junge Erwachsene kann CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 betragen.

8.3 Die Franchise für ein Kind kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

Artikel 9 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

9.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

9.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

9.3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Kapitel 3 – Assura Hausspital-Modell

Artikel 10 – Grundsätze des Modells

Mit dem Abschluss des Assura Hausspital-Modells erklärt sich die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter damit einverstanden, dass sie sich bei jedem auftretenden Gesundheitsproblem vor jeder medizinischen Beratung und/ oder ambulanten oder stationären Behandlung in einem ersten Schritt gemäss Art. 12.1 an ihren Hausarzt oder an das telemedizinische Zentrum als Primärversorger wendet. **Falls dieser Primärversorger die medizinische Beratung und/oder ambulante oder stationäre Behandlung nicht abschliessend durchführen kann und eine Überweisung an einen zusätzlichen Leistungserbringer notwendig wird, so hat die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter zwingend dafür zu sorgen, dass die Überweisung an eine von Assura genehmigte Einrichtung resp. an deren Spezialisten als Sekundärversorger erfolgt.** Sie erklärt sich auch damit einverstanden, dass mit Ausnahme der Konsultationen, die durch die Primärversorger erbracht werden, alle medizinischen Folgeuntersuchungen und -behandlungen durch den **Sekundärversorger** durchgeführt werden, sofern dies medizinisch begründet ist und die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt sind.

Artikel 11 – Die verschiedenen Akteure

11.1 Telemedizinisches Zentrum (Primärversorger)

Das von Assura ausgewählte telemedizinische Zentrum erbringt medizinische Beratungen und Fernuntersuchungen. Seine Kontaktangaben sind auf der Internetseite von Assura aufgeführt. Es zeigt der versicherten Person den geeigneten Behandlungsweg auf.

11.2 Hausärzte (Primärversorger)

11.2.1 Hausärzte im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind und deren Kontaktdaten die versicherte Person vor der ersten Konsultation Assura mitgeteilt hat.

11.2.2 Der Hausarztwechsel muss Assura von der versicherten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt mitgeteilt werden.

11.3 Genehmigte Einrichtungen (Sekundärversorger)

11.3.1 Die genehmigten Einrichtungen erbringen als Leistungserbringer medizinische Beratungen und/oder ambulante und stationäre Behandlungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

11.3.2 Assura publiziert auf assura.ch eine aktuelle Liste der genehmigten Einrichtungen. Assura kann die Liste jederzeit einseitig anpassen. **Falls die versicherte Person eine genehmigte Einrichtung aufsucht, die nicht auf der kantonalen Spitalliste des Wohnsitzkantons der versicherten Person figuriert, können für die versicherte Person Mehrkosten entstehen.**

11.4 Spezialisten (Sekundärversorger)

Spezialisten im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche Ärztinnen und Ärzte mit einer anerkannten Weiterbildung in einem medizinischen Fachgebiet im Sinne des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG), die in einer genehmigten Einrichtung praktizieren oder an die die genehmigte Einrichtung oder das telemedizinische Zentrum oder der Hausarzt die Überweisung vorgenommen hat.

Artikel 12 – Kontaktstellen und Pflichten

12.1 Grundsatz der Versicherung

Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter verpflichten sich, vor jeder medizinischen Beratung und/oder ambulanten oder stationären Behandlung als Erstkontakt einen der folgenden Akteure ihrer Wahl zu konsultieren:

- das telemedizinische Zentrum oder
- ihren Hausarzt.

12.2 Telemedizinisches Zentrum

12.2.1 Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter kann als Erstkontakt das telemedizinische Zentrum als Partner der Assura konsultieren.

12.2.2 Das telemedizinische Zentrum bietet der versicherten Person medizinische Beratung und medizinische Fernkonsultationen an. Gegebenenfalls vereinbart es mit der versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter eine angemessene Behandlung, zu deren Einhaltung sich die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter während eines bestimmten Zeitraums verpflichtet. Falls die Behandlung den festgelegten Zeitraum überschreitet, muss sich die versicherte Person erneut an das telemedizinische Zentrum wenden.

12.2.3 Wenn die medizinische Beratung und/oder Behandlung die Konsultation eines Allgemeinmediziners erfordert, so überweist das telemedizinische Zentrum die versicherte Person an dessen Hausarzt.

12.2.4 Wenn die medizinische Beratung und/oder Behandlung die Konsultation eines anderen Leistungserbringers erfordert, überweist das telemedizinische Zentrum die versicherte Person an eine genehmigte Einrichtung resp. deren Spezialisten.

12.2.5 Verfügen die genehmigten Einrichtungen über keinen geeigneten Spezialisten, bzw. bieten die genehmigten Einrichtungen die erforderliche medizinische Fachrichtung nicht an, überweist das telemedizinische Zentrum die versicherte Person ausnahmsweise an einen

anderen Leistungserbringer als an die genehmigten Einrichtungen.

12.2.6 Die Konsultation durch das telemedizinische Zentrum als erste Kontaktstelle wird der versicherten Person in Rechnung gestellt.

12.3 Hausarzt

12.3.1 Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter kann als Erstkontakt ihren Hausarzt konsultieren.

12.3.2 Der Hausarzt bietet der versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter medizinische Beratung und/oder Behandlung an. Wenn die medizinische Beratung und/oder ambulante oder stationäre Behandlung einen anderen Leistungserbringer erfordert, **muss die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter unter Vorbehalt des nachstehenden Artikels 12.3.3 sicherstellen, dass ihr Hausarzt sie für die Inanspruchnahme dieser medizinischen Beratung und/oder ambulanten oder stationären Behandlung an eine genehmigte Einrichtung bzw. an deren Spezialisten überweist, andernfalls treten die Folgen gemäss des nachfolgenden Artikels 14 ein.**

12.3.3 Verfügen die genehmigten Einrichtungen über keine geeigneten Spezialisten bzw. bieten die genehmigten Einrichtungen die erforderliche medizinische Fachrichtung nicht an, überweist der Hausarzt die versicherte Person ausnahmsweise an einen anderen Leistungserbringer als an die genehmigten Einrichtungen.

12.3.4 Entscheidet der Hausarzt aus medizinischen Gründen, die versicherte Person für eine medizinische Beratung und/oder ambulante oder stationäre Behandlung an eine genehmigte Einrichtung bzw. an deren Spezialisten oder an andere Leistungserbringer zu überweisen, verpflichtet sich die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter, von ihrem Hausarzt einen vollständig ausgefüllten, datierten und unterschriebenen Überweisungsschein zu erhalten und diesen vor der medizinischen Beratung und/oder ambulanten oder stationären Behandlung durch die genehmigte Einrichtung bzw. deren Spezialisten oder durch einen anderen Leistungserbringer als die genehmigte Einrichtung an Assura zu übermitteln.

12.3.5 Überweist der Hausarzt die versicherte Person für die medizinische Beratung und/oder Behandlung an einen anderen Leistungserbringer bzw. an einen Spezialisten ausserhalb der genehmigten Einrichtungen und obwohl für diese medizinische Beratung und/oder Behandlung in den genehmigten Einrichtungen geeignete Spezialisten zur Verfügung gestanden hätten, treten die Folgen des nachfolgenden Artikels 14 ein.

12.4 Genehmigte Einrichtungen

12.4.1 Die nicht bei einem Primärversorger abgeschlossene medizinische Beratung und/oder Behandlung ist zwingend unter Vorbehalt von Art. 12.2.3 durch eine Überweisung an eine genehmigte Einrichtung bzw. an deren Spezialisten fortzuführen.

12.4.2 Die genehmigte Einrichtung und deren Spezialisten führen die durch den Primärversorger begonnene medizinische Beratung und/oder Behandlung ambulant oder stationär fort und schliessen diese innert einer medizinisch angemessenen Zeit ab.

12.4.3 Die Überweisung durch die genehmigte Einrichtung an andere Leistungserbringer bzw. an Spezialisten ausserhalb der genehmigten Einrichtung erfolgt ausschliesslich, falls die genehmigte Einrichtung sowie deren Spezialisten die medizinische Beratung und/oder ambulante oder stationäre medizinische Behandlung nicht selbst innert einer medizinisch angemessenen Zeit zum Abschluss bringen können oder wenn sie über keinen geeigneten Spezialisten verfügt, bzw. die erforderliche medizinische Fachrichtung nicht anbietet.

Eine Überweisung erfolgt ohne Anspruch auf Mitbestimmung durch die versicherte Person oder ihren gesetzlichen Vertreter.

Artikel 13 – Ausnahmen

13.1 Ambulante Sprechstunden beim Augenarzt, Gynäkologen, Kinderarzt für Kinder sowie Geburten fallen nicht unter die Bestimmungen von Artikel 12.

13.2 Bei einem nachgewiesenen Notfall, der in der Schweiz oder im Ausland eingetreten ist, unterliegt die versicherte Person nicht den Verpflichtungen gemäss Artikel 12.

13.3 Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand einer Person als lebensbedrohlich eingeschätzt wird oder wenn die Notwendigkeit einer sofortigen Behandlung besteht.

13.4 Erfordert die notfallmässig erbrachte Leistung eine Nachbehandlung, so muss die versicherte Person die in Artikel 12 eingegangenen Verpflichtungen einhalten, sobald keine Notfallsituation mehr vorliegt.

Artikel 14 – Sanktionen

Verstösst die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter gegen ihre sich aus Artikel 12 der vorliegenden Versicherungsbedingungen ergebenden Pflichten, wird sie von Assura gemahnt. Bei jeder weiteren Pflichtverletzung innerhalb desselben Kalenderjahres wird die Kostenübernahme durch Assura abgelehnt.

Artikel 15 – Beitritt zum Assura Hausspital-Modell

15.1 Dem Assura Hausspital-Modell können ausschliesslich Personen beitreten, die in der Prämienregion wohnen, in der Assura dieses Modell anbietet.

15.2 Jede versicherte Person mit Wohnsitz in einer Prämienregion, in der Assura dieses Modell anbietet, kann dem Assura Hausspital-Modell jederzeit auf den ersten Tag des Folgemonats beitreten.

15.3 Im Falle einer laufenden Behandlung beim Eintritt ins Assura Hausspital-Modell muss die versicherte Person die Verpflichtungen im Sinne der Artikel 12 und 13.4 einhalten. Davon ausgenommen sind stationäre Eingriffe, die vor dem Eintritt ins Assura Hausspital-Modell geplant wurden, und die innert zwei Monaten nach Eintritt der versicherten Person ins Assura Hausspital-Modell stattfinden.

Artikel 16 – Austritt aus dem Assura Hausspital-Modell

16.1 Assura kann das Assura Hausspital-Modell jeweils auf das Ende eines Kalenderjahres ordentlich aufheben oder ändern. Im Falle einer Aufhebung wird die versicherte Person auf den 1. Januar des Folgejahres mit einer identischen Franchise in ein anderes von Assura angebotenes Versicherungsmodell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder in ein anderes Versicherungsmodell ihrer Wahl transferiert. Letzteres erfordert einen Antrag der versicherten Person. Die versicherte Person kann auch ihr Kündigungsrecht gemäss Artikel 7 KVG in Anspruch nehmen.

16.2 Im Falle einer ausserordentlichen Schliessung des Assura Hausspital-Modells wird die versicherte Person am Folgetag der Schliessung mit einer identischen Franchise in ein anderes von Assura angebotenes Versicherungsmodell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder in ein anderes Versicherungsmodell ihrer Wahl übernommen. Letzteres erfordert einen Antrag der versicherten Person.

16.3 Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz in eine Prämienregion, in der Assura das Hausspital-Modell

nicht anbietet, wird sie standardmässig in das Modell Basis (obligatorische Krankenpflegeversicherung) mit gleicher Franchise oder falls sie dies wünscht, in ein anderes von Assura angebotenes Versicherungsmodell übernommen.

16.4 Im Falle der Aufnahme in ein Pflegeheim, der Haft in einer Strafanstalt, eines Langzeitspitalaufenthalts oder einer ähnlichen Situation kann die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter bei Assura schriftlich beantragen, dass sie rückwirkend auf den 1. des Monats, in dem das Ereignis eingetreten ist, mit identischer Franchise, in das Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung), transferiert wird.

Artikel 17 – Datenbearbeitung

17.1 Prüfung des Versicherungsschutzes

Um den Versicherungsschutz der betroffenen Person zu prüfen, leitet Assura dem telemedizinischen Zentrum und den genehmigten Einrichtungen die zur Identifikation notwendigen Stammdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse) und die Versicherungsdeckung weiter. Die Gesundheitsdaten der versicherten Person sind jedoch von der Weiterleitung ausgenommen. Die Weiterleitung der zur Identifikation notwendigen Daten kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Lösung, die durch einen Dritten verwaltet wird.

17.2 Datenaustausch

17.2.1 Mit Abschluss des Assura Hausspital-Modells erklärt sich die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter damit einverstanden, dass Assura, das telemedizinische Zentrum, der Hausarzt sowie die genehmigten Einrichtungen die erforderlichen Behandlungsdaten unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen untereinander austauschen, um eine optimale Koordination im Rahmen des Assura Hausspital-Modells sicherzustellen.

17.2.2 Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ermächtigt insbesondere ihren Hausarzt sowie das telemedizinische Zentrum, die für die Behandlung notwendigen medizinischen Informationen an die genehmigte Einrichtung bzw. an deren Spezialisten zu übermitteln.

17.2.3 Um zu überprüfen, ob die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter die Versicherungsbedingungen des Assura Hausspital-Modells einhält, übermittelt das telemedizinische Zentrum Assura die für eine solche Überprüfung notwendigen Daten, insbesondere die Liste der Konsultationen, Überweisungen und den für die Folgebehandlung bestimmten Zeitraum. Zum gleichen Zweck übermittelt die genehmigte Einrichtung Assura die Liste der Konsultationen und Überweisungen an andere Leistungserbringer bzw. an Spezialisten ausserhalb der genehmigten Einrichtung.

17.2.4 Die Telefongespräche werden vom telemedizinischen Zentrum aufgezeichnet, archiviert und gemäss den gesetzlichen Vorschriften vernichtet. Im Streitfall können die Aufzeichnungen als Beweismittel dienen und gegebenenfalls vor Gericht verwendet werden. Assura verfügt ohne entsprechende Vollmacht durch die versicherte Person über keinen direkten Zugriff auf diese Informationen.

17.2.5 Die vorgesehene Übermittlung von Daten zwischen Assura und dem telemedizinischen Zentrum sowie zwischen Assura und den genehmigten Einrichtungen kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Plattform, die von einem Dritten verwaltet wird.

17.3 Datenverarbeitung durch Assura

Assura bearbeitet nur die Daten, die notwendig sind, um die Prämien zu berechnen und einzukassieren, das Anrecht auf Versicherungsleistungen zu evaluieren, Rückerstattungsanträge für Leistungen zu bearbeiten, die Einhaltung des Assura Hausspital-Modells zu überprüfen, Regressansprüche gegen haftpflichtige Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen.

Artikel 18 – Verantwortung

Assura übernimmt keine medizinische Verantwortung.

Dritter Titel - Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

Assura-Basis AG

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung MediTel-Modell

Ausgabe 01.2027

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das MediTel-Modell ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

Für das MediTel-Modell massgebend sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich der dazugehörigen Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

Mit der Wahl des MediTel-Modells erklärt sich die versicherte Person bzw. deren gesetzliche Vertretung mit den Besonderen Versicherungsbedingungen gemäss Kapitel 3 einverstanden.

Zweiter Titel – Versicherungsformen

Kapitel 1 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Artikel 1 – Leistungsumfang

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Artikel 24–31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

Artikel 2 – Franchise

2.1 Die versicherte Person trägt bis zum Betrag von CHF 300 (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

2.2 Für Minderjährige wird keine Franchise erhoben

2.3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 2.

2.4 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.

2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis 8 Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen von der Franchise befreit.

Artikel 3 – Selbstbehalt

3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3.2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder.

3.3 Auf besondere Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis 8 Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen vom Selbstbehalt befreit.

Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei Assura-Basis AG (nachfolgend Assura genannt) versichert, haben sie zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

4.2 Tritt eine versicherte Person im Verlaufe des Jahres diesem Versicherungsmodell bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellten Anteile von Franchise und Selbstbehalt an. Eine Anrechnung von bereits in Rechnung gestellten Anteilen an Franchise und Selbstbehalt erfolgt unter Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die versicherte Person.

4.3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

Artikel 5 – Leistungen

5.1 Assura übernimmt auf der Basis der anwendbaren Tarife und Gesetzesbestimmungen die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, sofern sie von Leistungserbringern erbracht oder verordnet werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

5.2 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 3.

Kapitel 2 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

Artikel 6 – Anwendbares Recht

Die oben erwähnten Bestimmungen sind zudem ebenfalls auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchise anwendbar, unter Vorbehalt der besonderen

Regelungen in diesem Kapitel 2.

Artikel 7 – Zweck

Assura ermöglicht der versicherten Person, gemäss den nachfolgenden Bedingungen eine höhere Franchise zu wählen, um die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu reduzieren.

Artikel 8 – Wahlfranchise

8.1 Die versicherte Person trägt bis zu einem von ihr gewählten Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

8.2 Die Franchise für Erwachsene und/oder junge Erwachsene kann CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 betragen.

8.3 Die Franchise für ein Kind kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

Artikel 9 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

9.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

9.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

9.3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Kapitel 3 – MediTel-Modell

Artikel 10 – Grundsätze des Modells

10.1. Mit dem Abschluss des MediTel-Modells erklärt sich die versicherte Person bzw. ihre gesetzliche Vertretung damit **einverstanden**:

- **bei gesundheitlichen Problemen vor jeder ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung immer zuerst das koordinierende telemedizinische Zentrum zu kontaktieren;**
- **dass das koordinierende telemedizinische Zentrum die Behandlung koordiniert und den Verlauf überwacht;**
- **sämtliche Anweisungen des koordinierenden telemedizinischen Zentrums zu befolgen;**
- **ihre Medikamente und/oder andere pharmazeutische Präparate, die von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden, ausschliesslich bei einer von Assura anerkannten Apotheke zu beziehen.**

10.2 Die versicherte Person bzw. ihre gesetzliche Vertretung erklärt sich damit einverstanden, **einen digitalen Kommunikationskanal mit Assura zu nutzen** (Kundenportal) und **bei der Rechnungskontrolle** für die von ihr in Anspruch genommenen Behandlungen **mitzuwirken**.

Artikel 11 – Die verschiedenen Akteure

11.1 Koordinierendes telemedizinisches Zentrum

Ein koordinierendes telemedizinisches Zentrum im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen ist ein von Assura als Erstkontakt bestimmter telemedizinischer Fachdienst, dessen Kontaktangaben auf der Internetseite von Assura aufgeführt sind. Assura kann das koordinierende telemedizinische Zentrum jederzeit einseitig wechseln.

11.2 Allgemeinmediziner

Allgemeinmediziner im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind Ärztinnen und Ärzte mit einer anerkannten postgradualen Ausbildung als praktischer Arzt oder als Spezialist für Allgemeine Innere Medizin, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

11.3 Spezialisten

Spezialisten im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind Ärztinnen und Ärzte mit einer anerkannten postgradualen Ausbildung in einem medizinischen Fachgebiet im Sinne des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG) mit Ausnahme des Spezialisten für Allgemeine Innere Medizin, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

11.4 Unabhängiger Beratungsdienst

Ein unabhängiger Beratungsdienst im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen ist ein von Assura bestimmter Fachdienst, der auf die Empfehlung von Spezialisten oder anderen Leistungserbringern (Spitäler oder ambulante Operationszentren) spezialisiert ist und dessen Kontaktangaben auf der Internetseite von Assura aufgeführt sind. Der unabhängige Beratungsdienst kann von Assura jederzeit einseitig geändert werden.

11.5 Anerkannte Apotheken

Anerkannte Apotheken im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche von Assura bestimmte Apotheken in der Schweiz, die von einer Apothekerin oder einem Apotheker geführt werden, die oder der zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen ist. Deren Kontaktangaben werden auf der Internetseite von Assura aufgeführt. Diese Liste kann von Assura jederzeit einseitig geändert werden.

11.6 Andere Leistungserbringer

Als andere Leistungserbringer im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen gelten alle zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer, mit Ausnahme der Allgemeinmediziner und der Spezialisten (z. B. Physiotherapeuten).

Artikel 12 – Behandlungsablauf und Pflichten der versicherten Person

12.1 Erstkonsultationen beim koordinierenden telemedizinischen Zentrum

12.1.1 Vor jeder ärztlichen Konsultation und/oder jeder ambulanten oder stationären Behandlung verpflichtet sich die versicherte Person, sich bei gesundheitlichen Problemen an das koordinierende telemedizinische Zentrum zu wenden. Das koordinierende telemedizinische Zentrum erteilt der versicherten Person medizinische Auskünfte und/oder führt medizinische Fernuntersuchungen durch. Die durch das koordinierende telemedizinische Zentrum erbrachten Fernuntersuchungen werden gemäss den Bestimmungen des KVG übernommen und nach dem Prinzip des Tiers payant in Rechnung gestellt.

12.1.2 Gegebenenfalls vereinbart das koordinierende telemedizinische Zentrum mit der versicherten Person eine angemessene Behandlung, zu deren Einhaltung sich die versicherte Person während eines festgelegten Zeitraums verpflichtet (Behandlungsplan).

12.1.3 Überschreitet der von der versicherten Person eingehaltene Behandlungsweg den im Behandlungsplan vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum festgelegten Zeitraum, muss sie sich erneut an das koordinierende telemedizinische Zentrum wenden. Dieses entscheidet, ob eine Verlängerung der Dauer oder eine Anpassung des Behandlungsplans angezeigt ist.

12.2 Konsultationen bei einem Allgemeinmediziner

12.2.1 Stellt das koordinierende telemedizinische Zentrum fest, dass die versicherte Person eine Behandlung bei einem Allgemeinmediziner benötigt, verpflichtet sich die versicherte Person, innerhalb des im Behandlungsplan festgelegten Zeitraums den Allgemeinmediziner zu konsultieren, dessen Kontaktdaten sie dem koordinierenden telemedizinischen Zentrum mitgeteilt hat, oder – bei dessen Verhinderung – den vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum empfohlenen Allgemeinmediziner.

12.2.2 Überschreitet der von der versicherten Person eingehaltene Behandlungsweg den im Behandlungsplan vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum festgelegten Zeitraum, muss sie sich erneut an das koordinierende telemedizinische Zentrum wenden. Dieses entscheidet, ob eine Verlängerung der Dauer oder eine Anpassung des Behandlungsplans angezeigt ist.

12.2.3 Ist der Allgemeinmediziner der Auffassung, dass der vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum festgelegte Behandlungsplan angepasst werden muss, hat sich die versicherte Person vor jeder weiteren Konsultation an das koordinierende telemedizinische Zentrum zu wenden, das entscheidet, ob eine Anpassung angezeigt ist.

12.2.4 Ist der Allgemeinmediziner der Auffassung, dass die versicherte Person eine Behandlung durch einen Spezialisten oder einen anderen Leistungserbringer benötigt, hat sich die versicherte Person vor jeder

Konsultation an das koordinierende telemedizinische Zentrum zu wenden, das gemäss Art. 12.3 vorgeht.

12.3 Konsultationen bei einem Spezialisten oder einem anderen Leistungserbringer

12.3.1 Stellt das koordinierende telemedizinische Zentrum fest, dass die versicherte Person eine Behandlung durch einen Spezialisten oder einen anderen Leistungserbringer benötigt, verpflichtet sich die versicherte Person, innerhalb des im Behandlungsplan festgelegten Zeitraums den vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum empfohlenen Spezialisten oder anderen Leistungserbringer zu konsultieren. Das koordinierende telemedizinische Zentrum kann hierfür den unabhängigen Beratungsdienst gemäss Artikel 12.3.2 beiziehen.

12.3.2 Das koordinierende telemedizinische Zentrum bezieht bei Bedarf den unabhängigen Beratungsdienst ein, um den für die Behandlung am besten geeigneten Leistungserbringer (Spezialisten, Spitäler oder ambulante Operationszentren) zu bestimmen. Der Einsatz des unabhängigen Beratungsdienstes wird der versicherten Person nicht verrechnet.

12.3.3 Gegebenenfalls verpflichtet sich die versicherte Person, den vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum oder vom unabhängigen Beratungsdienst bestimmten Leistungserbringer zu konsultieren und sich von diesem innerhalb des im Behandlungsplan festgelegten Zeitraums behandeln zu lassen.

12.3.4 Überschreitet der von der versicherten Person eingehaltene Behandlungsweg den im Behandlungsplan vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum festgelegten Zeitraum, muss sie sich erneut an das koordinierende telemedizinische Zentrum wenden. Dieses entscheidet, ob eine Verlängerung der Dauer oder eine Anpassung des Behandlungsplans angezeigt ist.

12.3.5 Ist der Spezialist oder ein anderer Leistungserbringer der Auffassung, dass der vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum festgelegte Behandlungsplan angepasst werden muss, hat sich die versicherte Person vor jeder weiteren Konsultation an das koordinierende telemedizinische Zentrum zu wenden, das entscheidet, ob eine Anpassung angezeigt ist.

12.3.6 Auf Verlangen des koordinierenden telemedizinischen Zentrums oder des unabhängigen Beratungsdienstes hat die versicherte Person diesen die für das betreffende Gesundheitsproblem relevanten vorhandenen medizinischen Unterlagen wie Arztberichte, Röntgenaufnahmen usw. vorzulegen.

12.4 Ambulante oder stationäre Eingriffe

12.4.1 Wird von einem Allgemeinmediziner, einem Spezialisten oder einem anderen Leistungserbringer ein ambulanter oder stationärer Eingriff in Betracht gezogen, hat sich die versicherte Person erneut an das koordinierende telemedizinische Zentrum zu wenden, das entscheidet, ob eine Anpassung des Behandlungsplans angezeigt ist. Das koordinierende telemedizinische Zentrum kann hierfür den unabhängigen Beratungsdienst gemäss Artikel 12.4.2 beiziehen.

12.4.2 Das koordinierende telemedizinische Zentrum bezieht bei Bedarf den unabhängigen Beratungsdienst ein, um den für den Eingriff am besten geeigneten Leistungserbringer (Spezialisten, Spitäler

oder ambulante Operationszentren) zu bestimmen. Der Einsatz des unabhängigen Beratungsdienstes wird der versicherten Person nicht verrechnet.

12.4.3 Gegebenenfalls verpflichtet sich die versicherte Person, den vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum oder vom unabhängigen Beratungsdienst bestimmten Leistungserbringer zu konsultieren und sich von diesem innerhalb des im Behandlungsplan festgelegten Zeitraums behandeln zu lassen.

12.4.4 Überschreitet der von der versicherten Person eingehaltene Behandlungsweg den im Behandlungsplan vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum festgelegten Zeitraum, muss sie sich erneut an das koordinierende telemedizinische Zentrum wenden. Dieses entscheidet, ob eine Verlängerung der Dauer oder eine Anpassung des Behandlungsplans angezeigt ist.

12.4.5 Auf Verlangen des koordinierenden telemedizinischen Zentrums oder des unabhängigen Beratungsdienstes hat die versicherte Person diesen die für das betreffende Gesundheitsproblem relevanten vorhandenen medizinischen Unterlagen vorzulegen.

12.5 Medikamentenkauf

12.5.1 Verschreibt das koordinierende telemedizinische Zentrum oder ein im Behandlungsplan genannter Allgemeinmediziner oder Spezialist Medikamente, ist die versicherte Person verpflichtet, diese und/oder andere pharmazeutische Präparate, deren Kosten von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden, bei einer anerkannten Apotheke zu beziehen.

12.5.2 Die versicherte Person ist verpflichtet, Generika oder Biosimilars zu beziehen, wenn diese von der anerkannten Apotheke angeboten werden.

12.6 Mitwirkung bei der Rechnungskontrolle

12.6.1 Die versicherte Person verpflichtet sich, im Rahmen der Rechnungskontrolle für die von ihr in Anspruch genommenen Behandlungen Fragen (z. B. zur Dauer von Konsultationen) zu beantworten und die entsprechenden Angaben über die von Assura zur Verfügung gestellten digitalen Kommunikationsmittel zu erfassen.

12.6.2 Die Liste der Punkte, bei denen Assura eine Mitwirkung der versicherten Person an der Rechnungskontrolle verlangt, ist auf der Internetseite von Assura aufgeführt.

12.6.3 Diese Liste kann von Assura jederzeit einseitig geändert werden.

12.7 Medizinische Empfehlungen

12.7.1 Die versicherte Person ist damit einverstanden, dass das koordinierende telemedizinische Zentrum, der Allgemeinmediziner, der Spezialist oder allfällige andere Leistungserbringer ihr medizinische Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention abgeben.

12.7.2 Diese Empfehlungen können punktuell auf der Grundlage medizinischer Kriterien erfolgen, die vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum, vom

Allgemeinmediziner, vom Spezialisten oder allfälligen anderen Leistungserbringern festgelegt werden.

Artikel 13 – Ausnahmen

13.1. Ambulante augenärztliche, kinderärztliche oder gynäkologische Untersuchungen fallen nicht unter die Bestimmungen von Artikel 12.

13.2. Bei nachgewiesenen Notfällen in der Schweiz oder im Ausland unterliegt die versicherte Person nicht den Verpflichtungen gemäss Artikel 12.

13.3. Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand einer Person als lebensbedrohlich eingeschätzt wird oder wenn eine sofortige Behandlung erforderlich ist.

13.4 Erfordert die notfallmässig erbrachte Leistung eine Nachbehandlung, so muss die versicherte Person die in Artikel 12 eingegangenen Verpflichtungen einhalten, sobald die Situation nicht mehr als Notfall gilt.

Artikel 14 – Sanktionen

14.1 Verstösst die versicherte Person gegen ihre aus den Artikeln 12.3.3 und 12.4.3 hervorgehenden Pflichten, wird die Kostenübernahme durch Assura abgelehnt. Bei einer auf den vorliegenden Artikel gestützten Leistungsablehnung von Assura kann die versicherte Person aber rückwirkend auf den 1. Januar des laufenden Jahres einen Übertritt zum Basis-Modell beantragen. Die Franchise bleibt identisch und die Prämie wird angepasst.

14.2 Bei Nicht-Einhaltung der aus den Artikeln 12.1–12.5 hervorgehenden Verpflichtungen erinnert Assura die versicherte Person an ihre Pflichten. Bei jedem erneuten Verstoß innerhalb desselben Kalenderjahrs wird die Kostenübernahme von Assura abgelehnt.

14.3 Bei Nicht-Einhaltung der aus dem Artikel 12.6 hervorgehenden Verpflichtungen erinnert Assura die versicherte Person an ihre Pflichten. Für jeden weiteren Verstoß im selben Kalenderjahr wird die versicherte Person auf den ersten Tag des Folgemonats in das Modell Basis mit derselben Franchise umgeteilt; die Prämie wird entsprechend angepasst.

Artikel 15 – Beitritt zum MediTel-Modell

15.1 Dem MediTel-Modell können alle Personen beitreten, die in einer Prämienregion wohnen, in der Assura dieses Modell anbietet.

15.2 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einer Prämienregion, in der Assura das MediTel-Modell anbietet, und die im Basis-Modell versichert ist, kann jederzeit auf den ersten Tag des Folgemonats dem MediTel-Modell beitreten.

15.3 Im Falle einer laufenden Behandlung beim Beitritt zum MediTel-Modell muss die versicherte Person ihre Pflichten im Sinne der Artikel 12 und 13.4 einhalten. Davon ausgenommen sind Eingriffe, die vor dem Beitritt zum MediTel-Modell geplant worden sind, und die innert zwei Monaten nach Beitritt der versicherten Person zum MediTel-Modell erfolgen.

Artikel 16 – Austritt aus dem MediTel-Modell

16.1 Assura kann das MediTel-Modell auf das Ende eines Kalenderjahres aufheben oder ändern. Bei Aufhebung des Modells wird die versicherte Person auf den 1. Januar des Folgejahres mit einer identischen

Franchise in ein anderes von Assura angebotenes Versicherungsmodell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder auf Antrag in ein Versicherungsmodell ihrer Wahl übernommen. Die versicherte Person kann auch ihr Kündigungsrecht gemäss Artikel 7 KVG in Anspruch nehmen.

16.2 Bei ausserordentlicher Schliessung des MediTel-Modells im Laufe des Jahres wird die versicherte Person am Tag nach der Schliessung mit einer identischen Franchise in ein anderes von Assura angebotenes Versicherungsmodell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder, auf Antrag, in ein Versicherungsmodell ihrer Wahl überführt.

16.3 Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz in eine Prämienregion, in der Assura das MediTel-Modell nicht anbietet, wird sie automatisch mit der gleichen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder auf Antrag in ein anderes von Assura angebotenes Grundversicherungsmodell übernommen.

16.4 Im Falle der Aufnahme in ein Pflegeheim, der Haft in einer Strafanstalt, eines Langzeitspitalaufenthalts oder einer ähnlichen Situation kann die versicherte Person Assura schriftlich darum ersuchen, mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell übernommen zu werden, und zwar rückwirkend auf den 1. des Monats, an dem dieses Ereignis eingetreten ist.

Artikel 17 – Datenschutz

17.1 Prüfung des Versicherungsschutzes

Um den Versicherungsschutz der versicherten Person zu prüfen, leitet Assura dem koordinierenden telemedizinischen Zentrum die zu ihrer Identifikation (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse) und zur Bestimmung der Versicherungsdeckung notwendigen Daten weiter. Die Gesundheitsdaten der versicherten Person sind jedoch von der Weiterleitung ausgenommen. Die Weiterleitung dieser Daten kann über Dritte erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Lösung, die durch einen Dritten verwaltet wird.

17.2 Datenaustausch

17.2.1 Mit Abschluss des MediTel-Modells erklärt sich die versicherte Person bzw. ihre gesetzliche Vertretung mit dem Austausch von medizinischen Daten zwischen Assura, dem koordinierenden telemedizinischen Zentrum, den Allgemeinmedizinerinnen und Spezialisten der versicherten Person sowie dem unabhängigen Beratungsdienst einverstanden. Es dürfen nur diejenigen Daten weitergegeben werden, die für eine optimale Koordination und Verlaufskontrolle der Behandlungen sowie für die Prüfung ihrer Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich sind, und dies unter Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen.

17.2.2 Die versicherte Person bzw. ihre gesetzliche Vertretung ermächtigt zudem das koordinierende telemedizinische Zentrum, die Allgemeinmedizinerinnen und Spezialisten sowie den unabhängigen Beratungsdienst, die für die Behandlung erforderlichen medizinischen Informationen untereinander auszutauschen.

17.2.3 Damit Assura überprüfen kann, ob die versicherte Person die Versicherungsbedingungen des

MediTel-Modells einhält, übermittelt das koordinierende telemedizinische Zentrum Assura die dafür erforderlichen Daten, insbesondere die Liste der Konsultationen, die Identifikationsdaten der Leistungserbringer sowie den für die Folgebehandlung festgelegten Zeitraum.

17.2.4 Die vorgesehene Übermittlung von Daten zwischen Assura und dem koordinierenden telemedizinischen Zentrum sowie zwischen dem koordinierenden telemedizinischen Zentrum und dem unabhängigen Beratungsdienst oder den verschiedenen Leistungserbringern kann über Dritte erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer von einem Dritten betriebenen digitalen Lösung.

17.3 Aufzeichnung von Telefongesprächen

Telefonische Gespräche können vom koordinierenden telemedizinischen Zentrum und vom unabhängigen Beratungsdienst gemäss den gesetzlichen Bestimmungen aufgezeichnet, archiviert und gelöscht werden. Bei Streitigkeiten können die Aufzeichnungen als Beweismittel verwendet und nötigenfalls vor Gericht herangezogen werden. Assura verfügt ohne entsprechende Vollmacht durch die versicherte Person bzw. deren gesetzliche Vertretung über keinen direkten Zugriff auf diese Informationen.

17.4 Datenbearbeitung durch Assura

Assura bearbeitet nur die Daten, die notwendig sind, um die Prämien zu berechnen und einzukassieren, das Anrecht auf Versicherungsleistungen zu evaluieren, Rückerstattungsanträge für Leistungen zu bearbeiten, die Einhaltung der Bedingungen des MediTel-Modells zu überprüfen, Regressansprüche gegen haftpflichtige Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen.

Artikel 18 – Verantwortung

Assura übernimmt keine medizinische Verantwortung.

Dritter Titel – Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

Assura-Basis AG

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit PharMed-Modell

Ausgabe 01.2025

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das PharMed-Modell ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.---

Für das PharMed-Modell massgebend sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich der dazugehörigen Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

Zweiter Titel – Versicherungsformen

Kapitel 1 – Ordentliche Krankenpflegeversicherung

Artikel 1 – Leistungsumfang

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Artikel 24–31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

Artikel 2 – Franchise

2.1 Die versicherte Person trägt bis zum Betrag von CHF 300 (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

2.2 Für Minderjährige wird keine Franchise erhoben.

2.3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 2.

2.4 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.

2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit von der Franchise befreit.

Artikel 3 – Selbstbehalt

3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3.2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder.

3.3 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit vom Selbstbehalt befreit.

Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei Assura-Basis AG (nachfolgend «Assura» genannt) versichert, haben sie zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

4.2 Tritt eine versicherte Person im Verlaufe des Jahres diesem Versicherungsmodell bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellten Anteile von Franchise und Selbstbehalt an. Wurden weder Franchise noch Selbstbehalt in Rechnung gestellt, erfolgt eine Anrechnung unter Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die versicherte Person.

4.3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

Artikel 5 – Leistungen

5.1 Assura übernimmt auf der Basis der anwendbaren Tarife und Gesetzesbestimmungen die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, sofern sie von Leistungserbringern erbracht oder verordnet werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

5.2 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 3.

Kapitel 2 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

Artikel 6 – Anwendbares Recht

Die oben erwähnten Bestimmungen sind zudem ebenfalls auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchise anwendbar, unter Vorbehalt der besonderen Regelungen in diesem Kapitel 2.

Artikel 7 – Zweck

Assura ermöglicht der versicherten Person, gemäss den nachfolgenden Bedingungen eine höhere Franchise zu wählen, um die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu reduzieren.

Artikel 8 – Wahlfranchise

8.1 Die versicherte Person trägt bis zu einem von ihr gewählten Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

8.2 Die Franchise für Erwachsene und/oder junge Erwachsene kann CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 betragen.

8.3 Die Franchise für ein Kind kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

Artikel 9 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

9.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

9.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

9.3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Kapitel 3 – PharMed-Modell

Artikel 10 – Pflichten der versicherten Person

10.1 Mit der Wahl des PharMed-Modells erklärt sich die versicherte Person mit den nachfolgend aufgeführten besonderen Bedingungen einverstanden.

10.2 Ausser bei nachgewiesenem Notfall verpflichtet sich die versicherte Person, immer zuerst den Hausarzt zu konsultieren, den sie unter Ärzten ausgewählt hat, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind und dessen Kontaktangaben sie Assura mitgeteilt hat. Dieser Hausarzt ist der Ansprechpartner der versicherten Person. Er koordiniert alle medizinischen Belange.

10.3 Der Hausarzt entscheidet, ob er die Behandlung selbst durchführt oder ob er die versicherte Person an einen Spezialisten überweist. In diesem Fall ist die versicherte Person verpflichtet, vor der Konsultation durch einen Spezialisten von ihrem Hausarzt einen vollständig ausgefüllten, datierten und unterschriebenen Überweisungsschein anzufordern. Dieser Überweisungsschein ist anschliessend so rasch als möglich an Assura weiterzuleiten. Sprechstunden beim Augenarzt oder Gynäkologen fallen nicht unter diese Bestimmungen.

10.4 Ausser bei nachgewiesenem Notfall oder bei Aufenthalt im Ausland verpflichtet sich die versicherte Person ebenfalls, ihre Medikamente und/oder alle anderen pharmazeutischen Präparate, die zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen, ausschliesslich bei einer auf der Liste der anerkannten Apotheken aufgeführten Apotheke zu beziehen. Diese Liste ist auf der Website von Assura publiziert. Nur diese Apotheken gelten als Ansprechpartner. Sie koordinieren alle Fragen im Zusammenhang mit medikamentösen Behandlungen, die der versicherten Person verschrieben werden. Diese Liste kann von Assura jederzeit einseitig geändert werden. Die versicherte

Person wird über allfällige Änderungen der Liste der Apotheken schriftlich informiert, zum Beispiel im Kundenmagazin. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung anerkannt gültige Liste der anerkannten Apotheken.

10.5 Der Hausarztwechsel muss Assura von der versicherten Person vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt mitgeteilt werden.

10.6 Die besonderen Bestimmungen über dieses Versicherungsmodell und den Bei- und Austritt der Versicherten stützen sich auf Artikel 41 Absatz 4 KVG, Artikel 62 Absatz 1 und 3 KVG, Artikel 99–101 KVV. Für alle übrigen Bestimmungen wird auf die allgemeinen Grundsätze des KVG und dessen Verordnungen verwiesen.

Artikel 11 – Sanktionen

Bei Nicht-Einhaltung der Artikel 10.3 und 10.4 erinnert Assura die versicherte Person an ihre Pflichten. Bei jedem erneuten Verstoss innerhalb desselben Kalenderjahrs wird die Kostenübernahme von Assura abgelehnt.

Artikel 12 – Bei- und Austritt aus dem PharMed-Modell

12.1 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einem Kanton, in dem Assura das PharMed-Modell anbietet, und einer Grundversicherung mit einer ordentlichen Franchise von CHF 300 für Erwachsene und/oder junge Erwachsene und von CHF 0 für Kinder kann dem PharMed-Modell jederzeit beitreten.

12.2 Unter Vorbehalt der Artikel 12.3–12.5 ist der Austritt aus dem PharMed-Modell nur unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres möglich und bedingt den nahtlosen Übergang in eine andere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Assura. Dieser Austritt gilt nicht als Kündigung bei Assura. Artikel 7 Absatz 3 und 4 KVG bleiben vorbehalten. Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

12.3 Zieht die versicherte Person in einen Kanton um, in dem das PharMed-Modell von Assura nicht angeboten wird, wechselt sie automatisch ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) mit derselben Franchise über.

12.4 Im Falle der Aufnahme in ein Pflegeheim, der Haft in einer Strafanstalt, eines Langzeitspitalaufenthalts oder einer ähnlichen Situation kann die versicherte Person Assura schriftlich darum ersuchen, mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen zu werden, und zwar rückwirkend auf den 1. des Monats, an dem dieses Ereignis eingetreten ist.

12.5 Steht einer versicherten Person infolge der Entfernung einer bisher anerkannten Apotheke von der Apothekenliste keine anerkannte Apotheke in ihrer Region mehr zur Verfügung, so hat sie das Recht, in ein anderes Grundversicherungsmodell mit gleicher Franchise von Assura zu wechseln.

Dritter Titel – Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2025 in Kraft.

Assura-Basis AG

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung PreventoMed-Modell

Ausgabe 01.2025

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das PreventoMed-Modell ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

Für das PreventoMed-Modell massgebend sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich der dazugehörenden Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

Wer dem PreventoMed-Modell beitrifft, ist damit einverstanden, bei gesundheitlichen Problemen vor jeder ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung zuerst einen der folgenden Erstkontakte seiner Wahl zu konsultieren:

- das telemedizinische Zentrum,
- eine Partnerapotheke oder
- seinen Hausarzt

Zweiter Titel – Versicherungsformen

Kapitel 1 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Artikel 1 – Leistungsbereich

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Artikel 24–31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

Artikel 2 – Franchise

2.1 Die versicherte Person trägt bis zum Betrag von CHF 300 (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

2.2 Für Minderjährige wird keine Franchise erhoben.

2.3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 2.

2.4 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.

2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen von der Franchise befreit.

Artikel 3 – Selbstbehalt

3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3.2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder.

3.3 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen vom Selbstbehalt befreit.

Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei Assura-Basis AG (nachfolgend «Assura» genannt) versichert, haben sie zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

4.2 Tritt eine versicherte Person im Verlaufe des Jahres diesem Versicherungsmodell bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellten Anteile von Franchise und Selbstbehalt an. Eine Anrechnung von bereits in Rechnung gestellten Anteilen an Franchise und Selbstbehalt erfolgt unter Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die versicherte Person.

4.3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

Artikel 5 – Leistungen

5.1 Assura übernimmt auf der Basis der anwendbaren Tarife und Gesetzesbestimmungen die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, sofern sie von Leistungserbringern erbracht oder verordnet werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

5.2 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 3.

Kapitel 2 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

Artikel 6 – Anwendbares Recht

Die oben erwähnten Bestimmungen sind zudem ebenfalls auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchise anwendbar, unter Vorbehalt der besonderen Regelungen in diesem Kapitel 2.

Artikel 7 – Zweck

Assura ermöglicht der versicherten Person, gemäss den nachfolgenden Bedingungen eine höhere Franchise zu

wählen, um die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu reduzieren.

Artikel 8 – Wahlfranchise

8.1 Die versicherte Person trägt bis zu einem von ihr gewählten Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

8.2 Die Franchise für Erwachsene und/oder junge Erwachsene kann CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 betragen.

8.3 Die Franchise für ein Kind kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

Artikel 9 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

9.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

9.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

9.3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämien vorangeht.

Kapitel 3 – PreventoMed-Modell

Artikel 10 – Grundsätze des Modells

Wer dem PreventoMed-Modell beitrifft, ist damit **einverstanden**, bei gesundheitlichen Problemen vor jeder medizinischen, ambulanten oder stationären Behandlung **zuerst einen der in Artikel 12 aufgeführten Erstkontakte zu konsultieren**.

Artikel 11 – Die Akteure

11.1 Telemedizinisches Zentrum

Ein telemedizinisches Zentrum im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen ist ein von Assura als Erstkontakt bestimmter telemedizinischer Fachdienst, dessen Kontaktangaben auf der Internetseite von Assura aufgeführt sind.

11.2 Partnerapotheke

Partnerapotheken im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche von Assura als Erstkontakte bestimmte Apotheken in der Schweiz, die von einer Apothekerin oder einem Apotheker geführt werden, die oder der zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen ist. Deren Kontaktangaben werden auf der Internetseite von Assura aufgeführt.

11.3 Hausärzte

11.3.1 Hausärzte im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind. Die versicherte Person

muss die Kontaktangaben ihres Hausarztes vorab Assura mitteilen.

11.3.2 Der Hausarztwechsel muss Assura von der versicherten Person vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt mitgeteilt werden.

11.4 Spezialisten

Spezialisten im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche Ärztinnen und Ärzte mit einer anerkannten Weiterbildung in einem medizinischen Fachgebiet im Sinne des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG) sowie die Spitäler und Kliniken in denen sie praktizieren.

Artikel 12 – Pflichten der versicherten Person

12.1 Grundsätze der Versicherung

Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter verpflichten sich, vor jeder ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung einen der folgenden Erstkontakte ihrer Wahl zu konsultieren:

- das telemedizinische Zentrum
- eine Partnerapotheke oder
- ihren Hausarzt.

12.2 Telemedizinisches Zentrum

Das telemedizinische Zentrum bietet der versicherten Person eine medizinische Beratung und leitet sie, wenn nötig, an einen anderen Leistungserbringer weiter. Nach der Konsultation des telemedizinischen Zentrums kann die versicherte Person für ihre weitere Behandlung innerhalb der Grenzen des KVG während des vom telemedizinischen Zentrum bestimmten Zeitraums den Leistungserbringer oder Spezialisten frei wählen. **Sollte die Folgebehandlung einer versicherten Person länger als diesen Zeitraum dauern, muss sie sich erneut an das telemedizinische Zentrum wenden.** Die Konsultation, die das telemedizinische Zentrum in seiner Funktion als Erstkontakt erbringt, wird der versicherten Person nicht in Rechnung gestellt.

12.3 Partnerapotheke

Die Partnerapotheke berät in den Bereichen, die in ihre Kompetenz fallen, die versicherte Person in medizinischen Fragen. **Sofern das Gesundheitsproblem in der Partnerapotheke nicht abschliessend gelöst werden kann, muss sich die Partnerapotheke mit der versicherten Person an das telemedizinische Zentrum wenden.** Nach der Konsultation des telemedizinischen Zentrums kann die versicherte Person für ihre weitere Behandlung innerhalb der Grenzen des KVG während des vom telemedizinischen Zentrum bestimmten Zeitraums den Leistungserbringer oder Spezialisten frei wählen. **Sollte die Folgebehandlung einer versicherten Person länger als diesen Zeitraum dauern, muss sie sich erneut an das telemedizinische Zentrum wenden.** Die Beratung, die die Partnerapotheke in ihrer Funktion als Erstkontakterbringt, wird vollumfänglich von Assura vergütet. Dies gilt ebenfalls für die allenfalls vom telemedizinischen Zentrum geleistete Konsultation.

12.4 **Hausärzte** Der Hausarzt entscheidet, ob er den weiteren Verlauf der Behandlung selbst übernimmt oder ob er die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer

oder einen Spezialisten überweist. Im letzteren Fall verpflichtet sich die versicherte Person, von ihrem Hausarzt einen vollständig ausgefüllten, datierten und unterschriebenen Überweisungsschein zu verlangen und diesen so rasch als möglich an Assura weiterzuleiten. Nach Konsultation ihres Hausarztes kann die versicherte Person in den Grenzen des KVG für ihre weitere Behandlung den Leistungserbringer oder Spezialisten frei wählen.

12.5 Ausnahmen

12.5.1 Ambulante Sprechstunden beim Augenarzt, Kinderarzt für Kinder oder Gynäkologen fallen nicht unter die Bestimmungen von Artikel 12.

12.5.2 Bei nachgewiesenen Notfällen in der Schweiz oder im Ausland unterliegt die versicherte Person nicht den Verpflichtungen gemäss Artikel 12.

12.5.3 Ein Notfall liegt vor, wenn ihr Zustand für die Person möglicherweise lebensgefährlich ist oder wenn eine sofortige Behandlung erforderlich ist.

Artikel 13 – Medizinische Empfehlungen und Leistungen ohne Franchise

13.1 Medizinische Empfehlungen

13.1.1 Die versicherte Person ist damit einverstanden, dass die Erstkontakte gemäss Artikel 12 und allfällige andere Leistungserbringer ihr Empfehlungen zum Zweck der Gesundheitsförderung und Prävention machen.

13.1.2 Diese Empfehlungen können punktuell aufgrund medizinischer Kriterien erfolgen, die die in Artikel 12 aufgelisteten Erstkontakte oder allfällige weitere involvierte Leistungserbringer selbst bestimmen.

13.1.3 Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, diese Empfehlungen zu befolgen.

13.2 Leistungen ohne Franchise

Für bestimmte Leistungen, die auf der Internetseite von Assura aufgeführt sind, kann Assura für zu den dort angegebenen Bedingungen auf die Erhebung der Franchise verzichten. Diese Liste kann von Assura zu Beginn eines jeden Kalenderjahres geändert werden.

Artikel 14 – Sanktionen

Bei Nicht-Einhaltung von Artikeln 12.2–12.4 erinnert Assura die versicherte Person an ihre Pflichten. Erfüllt die versicherte Person ihre Pflichten erneut nicht, wird sie mit der gleichen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen, wobei die Prämie entsprechend angepasst wird. Der entsprechende Wechsel wird auf den ersten Tag des Monats nach Ablauf einer Frist von 30 Tagen nach dem Versand der Mitteilung an die versicherte Person wirksam.

Artikel 15 – Beitritt zum PreventoMed-Modell

15.1 Dem PreventoMed-Modell können alle Personen beitreten, die in der Prämienregion wohnen, in der Assura dieses Modell anbietet.

15.2 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einer Prämienregion, in der Assura das PreventoMed-Modell anbietet, und einer Grundversicherung bei Assura mit einer

ordentlichen Franchise von CHF 300 für Erwachsene und/oder junge Erwachsene und von CHF 0 für Kinder kann dem PreventoMed-Modell jederzeit beitreten.

Artikel 16 – Austritt aus dem PreventoMed-Modell

16.1 Assura kann das PreventoMed-Modell auf das Ende eines Kalenderjahres aufheben oder ändern. Bei Aufhebung des Modells wird die versicherte Person auf den 1. Januar des Folgejahres mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder auf Antrag in ein anderes Grundversicherungsmodell von Assura übernommen. Die versicherte Person kann auch ihr Kündigungsrecht gemäss Artikel 7 KVG in Anspruch nehmen.

16.2 Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz in eine Prämienregion, in der Assura das PreventoMed-Modell nicht anbietet, wird sie automatisch mit der gleichen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder auf Antrag in ein anderes Grundversicherungsmodell von Assura übernommen.

16.3 Im Falle der Aufnahme in ein Pflegeheim, der Haft in einer Strafanstalt, eines Langzeitspitalaufenthalts oder einer ähnlichen Situation kann die versicherte Person Assura schriftlich darum ersuchen, mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen zu werden, und zwar rückwirkend auf den 1. des Monats, an dem dieses Ereignis eingetreten ist.

Artikel 17 – Datenbearbeitung

17.1 Prüfung des Versicherungsschutzes

Um den Versicherungsschutz der betroffenen Person zu prüfen, leitet Assura dem telemedizinischen Zentrum die zu ihrer Identifikation und zur Bestimmung der Versicherungsdeckung notwendigen Daten weiter. Die Gesundheitsdaten der versicherten Person sind jedoch von der Weiterleitung ausgenommen. Die Weiterleitung dieser Daten kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Lösung, die durch einen Dritten verwaltet wird.

17.2 Datenaustausch

17.2.1 Mit Abschluss des PreventoMed-Modells erklärt sich die versicherte Person mit dem Datenaustausch zwischen dem telemedizinischen Zentrum der Partnerapotheke, dem Hausarzt sowie allen weiteren beteiligten Leistungserbringer und Assura einverstanden. Dieser Austausch hat unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu erfolgen und darf nur erfolgen, soweit er zur Sicherstellung einer optimalen Koordination im Rahmen des PreventoMed-Modells unbedingt erforderlich ist.

17.2.2 Die versicherte Person ermächtigt ausserdem das telemedizinische Zentrum, die Partnerapotheke und den Hausarzt mit der Spezialistin oder dem Spezialisten oder dem von der versicherten Person gewählten Leistungserbringer die notwendigen medizinischen Informationen auszutauschen.

17.2.3 Um zu überprüfen, ob die versicherte Person die Versicherungsbedingungen des PreventoMed-Modells einhält, übermittelt das telemedizinische Zentrum Assura die notwendigen Daten für eine solche Überprüfung, insbesondere die Liste der Konsultationen und den für die Folgebehandlung bestimmten Zeitraum. Sofern dies technisch möglich ist,

übermittelt die Partnerapotheke Assura zum gleichen Zweck die notwendigen Daten für eine solche Überprüfung, insbesondere die Liste der Konsultationen.

17.2.4 Die Telefongespräche werden vom telemedizinischen Zentrum aufgezeichnet und archiviert. Bei Streitigkeiten können die Aufzeichnungen als Beweismittel verwendet und nötigenfalls vor Gericht zum Beweis herangezogen werden. Assura verfügt ohne entsprechende Vollmacht durch die versicherte Person über keinen direkten Zugriff auf diese Informationen.

17.2.5 Die vorgesehene Übermittlung von Daten zwischen Assura, dem telemedizinischen Zentrum, der Partnerapotheke, dem Hausarzt sowie den übrigen Leistungserbringern kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Plattform, die von einem Dritten verwaltet wird.

17.3 Datenverarbeitung durch Assura

Assura bearbeitet nur die Daten, die notwendig sind, um die Prämien zu berechnen und einzukassieren, das Anrecht auf Versicherungsleistungen zu evaluieren, Rückerstattungsanträge für Leistungen zu bearbeiten, Regressansprüche gegen haftpflichtige Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen.

Artikel 18 – Verantwortung

Assura übernimmt keine medizinische Verantwortung.

Dritter Titel – Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2025 in Kraft.

Assura-Basis AG

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung PreventoMed-Modell

Ausgabe 01.2027

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das PreventoMed-Modell ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

Für das PreventoMed-Modell massgebend sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich der dazugehörenden Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

Wer dem PreventoMed-Modell beiträgt, ist damit einverstanden, bei gesundheitlichen Problemen vor jeder ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung zuerst einen der folgenden Erstkontakte seiner Wahl zu konsultieren:

- das telemedizinische Zentrum,
- eine Partnerapotheke oder
- seine Hausärztin oder seinen Hausarzt.

Zweiter Titel – Versicherungsformen

Kapitel 1 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Artikel 1 – Leistungsbereich

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Artikel 24–31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

Artikel 2 – Franchise

2.1 Die versicherte Person trägt bis zum Betrag von CHF 300 (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

2.2 Für Minderjährige wird keine Franchise erhoben.

2.3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 2.

2.4 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.

2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen von der Franchise befreit.

Artikel 3 – Selbstbehalt

3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3.2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder.

3.3 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen vom Selbstbehalt befreit.

Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei Assura-Basis AG (nachfolgend «Assura» genannt) versichert, haben sie zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

4.2 Tritt eine versicherte Person im Verlaufe des Jahres diesem Versicherungsmodell bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellten Anteile von Franchise und Selbstbehalt an. Eine Anrechnung von bereits in Rechnung gestellten Anteilen an Franchise und Selbstbehalt erfolgt unter Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die versicherte Person.

4.3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

Artikel 5 – Leistungen

5.1 Assura übernimmt auf der Basis der anwendbaren Tarife und Gesetzesbestimmungen die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, sofern sie von Leistungserbringern erbracht oder verordnet werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

5.2 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 3.

Kapitel 2 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

Artikel 6 – Anwendbares Recht

Die oben erwähnten Bestimmungen sind zudem ebenfalls auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchise anwendbar, unter Vorbehalt der besonderen Regelungen in diesem Kapitel 2.

Artikel 7 – Zweck

Assura ermöglicht der versicherten Person, gemäss den nachfolgenden Bedingungen eine höhere Franchise zu

wählen, um die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu reduzieren.

Artikel 8 – Wahlfranchise

8.1 Die versicherte Person trägt bis zu einem von ihr gewählten Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

8.2 Die Franchise für Erwachsene und/oder junge Erwachsene kann CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 betragen.

8.3 Die Franchise für ein Kind kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

Artikel 9 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

9.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

9.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

9.3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Kapitel 3 – PreventoMed-Modell

Artikel 10 – Grundsätze des Modells

Wer dem PreventoMed-Modell beitrifft, ist damit **einverstanden**, bei gesundheitlichen Problemen vor jeder medizinischen, ambulanten oder stationären Behandlung **zuerst einen der in Artikel 12 aufgeführten Erstkontakte zu konsultieren**.

Artikel 11 – Die verschiedenen Akteure

11.1 Telemedizinisches Zentrum

Ein telemedizinisches Zentrum im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen ist ein von Assura als Erstkontakt bestimmter telemedizinischer Fachdienst, dessen Kontaktangaben auf der Internetseite von Assura aufgeführt sind.

11.2 Partnerapotheke

Partnerapotheken im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche von Assura als Erstkontakte bestimmte Apotheken in der Schweiz, die von einer Apothekerin oder einem Apotheker geführt werden, die oder der zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen ist. Deren Kontaktangaben werden auf der Internetseite von Assura aufgeführt.

11.3 Hausärzte

11.3.1 Hausärzte im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind. Die versicherte Person

muss Assura die Kontaktangaben ihres Hausarztes vor der ersten Konsultation mitteilen.

11.3.2 Der Hausarztwechsel muss Assura von der versicherten Person vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt mitgeteilt werden.

11.4 Spezialistinnen und Spezialisten

Spezialisten im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche Ärztinnen und Ärzte mit einer anerkannten Weiterbildung in einem medizinischen Fachgebiet im Sinne des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG) sowie die Spitäler und Kliniken in denen sie praktizieren.

Artikel 12 – Pflichten der versicherten Person

12.1 Grundsätze der Versicherung

Die versicherte Person oder ihre gesetzliche Vertretung verpflichten sich, vor jeder ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung einen der folgenden Erstkontakte ihrer Wahl zu konsultieren:

- das telemedizinische Zentrum
- eine Partnerapotheke oder
- ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt.

12.2 Telemedizinisches Zentrum

Das telemedizinische Zentrum bietet der versicherten Person eine medizinische Beratung und leitet sie, wenn nötig, an einen anderen Leistungserbringer weiter. Nach der Konsultation des telemedizinischen Zentrums kann die versicherte Person für ihre weitere Behandlung innerhalb der Grenzen des KVG während des vom telemedizinischen Zentrum bestimmten Zeitraums den Leistungserbringer oder Spezialisten frei wählen. **Sollte die Folgebehandlung einer versicherten Person länger als diesen Zeitraum dauern, muss sie sich erneut an das telemedizinische Zentrum wenden.** Die Konsultation, die das telemedizinische Zentrum in seiner Funktion als Erstkontakt erbringt, wird der versicherten Person nicht in Rechnung gestellt.

12.3 Partnerapotheke

Die Partnerapotheke berät in den Bereichen, die in ihre Kompetenz fallen, die versicherte Person in medizinischen Fragen. **Sofern das Gesundheitsproblem in der Partnerapotheke nicht abschliessend gelöst werden kann, muss sich die versicherte Person an das telemedizinische Zentrum wenden.** Nach der Konsultation des telemedizinischen Zentrums kann die versicherte Person für ihre weitere Behandlung innerhalb der Grenzen des KVG während des vom telemedizinischen Zentrum bestimmten Zeitraums den Leistungserbringer oder Spezialisten frei wählen. **Sollte die Folgebehandlung einer versicherten Person länger als diesen Zeitraum dauern, muss sie sich erneut an das telemedizinische Zentrum wenden.** Die Beratungsleistung, die von der Partnerapotheke als Erstkontakt erbracht wurde, wird von Assura vollständig vergütet. Dies gilt ebenfalls für die allenfalls vom telemedizinischen Zentrum geleistete Konsultation.

12.4 Hausärztin oder Hausarzt

Der Hausarzt entscheidet, ob er den weiteren Verlauf der Behandlung selbst übernimmt oder ob er die versicherte

Person an einen anderen Leistungserbringer oder einen Spezialisten überweist. Im letzteren Fall verpflichtet sich die versicherte Person, von ihrem Hausarzt einen vollständig ausgefüllten, datierten und unterschriebenen Überweisungsschein zu verlangen und diesen so rasch als möglich an Assura weiterzuleiten. Nach Konsultation ihres Hausarztes kann die versicherte Person innerhalb der Grenzen des KVG für ihre weitere Behandlung den Leistungserbringer oder Spezialisten frei wählen.

12.5 Ausnahmen

12.5.1 Ambulante Konsultationen beim Augenarzt, Kinderarzt für Kinder oder Gynäkologen fallen nicht unter die Bestimmungen von Artikel 12.

12.5.2 Bei nachgewiesenen Notfällen in der Schweiz oder im Ausland unterliegt die versicherte Person nicht den Verpflichtungen gemäss Artikel 12.

12.5.3 Ein Notfall liegt vor, wenn ihr Zustand für die Person möglicherweise lebensgefährlich ist oder wenn eine sofortige Behandlung erforderlich ist.

Artikel 13 – Medizinische Empfehlungen und Leistungen ohne Franchise

13.1 Medizinische Empfehlungen

13.1.1 Die versicherte Person ist damit einverstanden, dass die Erstkontakte gemäss Artikel 12 und allfällige andere Leistungserbringer ihr medizinische Empfehlungen zum Zweck der Gesundheitsförderung und Prävention machen.

13.1.2 Diese Empfehlungen können punktuell aufgrund medizinischer Kriterien erfolgen, die die in Artikel 12 aufgelisteten Erstkontakte oder allfällige weitere involvierte Leistungserbringer selbst bestimmen.

13.1.3 Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, diese Empfehlungen zu befolgen.

13.2 Leistungen ohne Franchise

Für bestimmte Leistungen, die auf der Internetseite von Assura aufgeführt sind, kann Assura gemäss den dort angegebenen Bedingungen auf die Erhebung der Franchise verzichten. Diese Liste kann von Assura zu Beginn eines jeden Kalenderjahres geändert werden.

Artikel 14 – Sanktionen

Bei Nicht-Einhaltung von Artikeln 12.2–12.4 mahnt Assura die versicherte Person und erinnert sie an ihre Pflichten. Bei jedem erneuten Verstoss innerhalb desselben Kalenderjahrs wird die Kostenübernahme von Assura abgelehnt.

Artikel 15 – Beitritt zum PreventoMed-Modell

15.1 Dem PreventoMed-Modell können alle Personen beitreten, die in der Prämienregion wohnen, in der Assura dieses Modell anbietet.

15.2 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einer Prämienregion, in der Assura das PreventoMed-Modell anbietet, und die im Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) versichert ist, kann jederzeit auf den ersten Tag des Folgemonats mit einer identischen Franchise dem PreventoMed-Modell beitreten.

Artikel 16 – Austritt aus dem PreventoMed-Modell

16.1 Assura kann das PreventoMed-Modell auf das Ende eines Kalenderjahres aufheben oder ändern. Bei Aufhebung des Modells wird die versicherte Person auf den 1. Januar des Folgejahres mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder auf Antrag in ein anderes Grundversicherungsmodell von Assura übernommen. Die versicherte Person kann auch ihr Kündigungsrecht gemäss Artikel 7 KVG in Anspruch nehmen.

16.2 Falls die versicherte Person in eine Prämienregion zieht, in der Assura das PreventoMed-Modell nicht anbietet, wird sie automatisch mit der gleichen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder auf Antrag in ein anderes Grundversicherungsmodell von Assura übernommen.

16.3 Im Falle der Aufnahme in ein Pflegeheim, der Haft in einer Strafanstalt, eines Langzeitspitaalaufenthalts oder einer ähnlichen Situation kann die versicherte Person Assura schriftlich darum ersuchen, mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen zu werden, und zwar rückwirkend auf den 1. des Monats, an dem dieses Ereignis eingetreten ist.

Artikel 17 – Datenbearbeitung

17.1 Prüfung des Versicherungsschutzes

Um den Versicherungsschutz der betroffenen Person zu prüfen, leitet Assura dem telemedizinischen Zentrum die zu ihrer Identifikation und zur Bestimmung der Versicherungsdeckung notwendigen Daten weiter. Die Gesundheitsdaten der versicherten Person sind jedoch von der Weiterleitung ausgenommen. Die Weiterleitung dieser Daten kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Lösung, die durch einen Dritten verwaltet wird.

17.2 Datenaustausch

17.2.1 Mit Abschluss des PreventoMed-Modells erklärt sich die versicherte Person mit dem Datenaustausch zwischen dem telemedizinischen Zentrum, der Partnerapotheke, dem Hausarzt sowie allen weiteren beteiligten Leistungserbringern und Assura einverstanden. Dieser Austausch hat unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu erfolgen und darf nur erfolgen, soweit er zur Sicherstellung einer optimalen Koordination im Rahmen des PreventoMed-Modells unbedingt erforderlich ist.

17.2.2 Die versicherte Person ermächtigt ausserdem das telemedizinische Zentrum, die Partnerapotheke und die Hausärztin bzw. der Hausarzt mit der Spezialistin oder dem Spezialisten oder dem von der versicherten Person gewählten Leistungserbringer die notwendigen medizinischen Informationen auszutauschen.

17.2.3 Um zu überprüfen, ob die versicherte Person die Versicherungsbedingungen des PreventoMed-Modells einhält, übermittelt das telemedizinische Zentrum Assura die notwendigen Daten für eine solche Überprüfung, insbesondere die Liste der Konsultationen und den für die Folgebehandlung bestimmten Zeitraum. Sofern dies technisch möglich ist, übermittelt die Partnerapotheke Assura zum gleichen Zweck die notwendigen Daten für eine solche Überprüfung, insbesondere die Liste der Konsultationen.

17.2.4 Die Telefongespräche werden vom telemedizinischen Zentrum aufgezeichnet und archiviert. Bei Streitigkeiten können die Aufzeichnungen als Beweismittel verwendet und nötigenfalls vor Gericht zum Beweis herangezogen werden. Assura verfügt ohne entsprechende Vollmacht durch die versicherte Person über keinen direkten Zugriff auf diese Informationen.

17.2.5 Die vorgesehene Übermittlung von Daten zwischen Assura, dem telemedizinischen Zentrum, der Partnerapotheke, dem Hausarzt sowie den übrigen Leistungserbringern kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Plattform, die von einem Dritten verwaltet wird.

17.3 Datenbearbeitung durch Assura

Assura bearbeitet nur die Daten, die notwendig sind, um die Prämien zu berechnen und einzukassieren, das Anrecht auf Versicherungsleistungen zu evaluieren, Rückerstattungsanträge für Leistungen zu bearbeiten, Regressansprüche gegen haftpflichtige Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen.

Artikel 18 – Verantwortung

Assura übernimmt keine medizinische Verantwortung.

Dritter Titel – Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

Assura-Basis AG

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung QualiMed-Modell

Ausgabe 01.2026

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das QualiMed-Modell ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

Für das QualiMed-Modell massgebend sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich der dazugehörenden Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

Die besonderen Bestimmungen über dieses Versicherungsmodell und den Bei- und Austritt der Versicherten stützen sich auf Artikel 41 Absatz 4 KVG, Artikel 62 Absatz 1 und 3 KVG, Artikel 99–101 KVV. Für alle übrigen Bestimmungen wird auf die allgemeinen Grundsätze des KVG und dessen Verordnungen verwiesen.

Mit der Wahl des QualiMed-Modells erklärt sich die versicherte Person mit den Besonderen Versicherungsbedingungen gemäss Kapitel 3 einverstanden. Im Gegenzug profitiert sie von ermässigten Versicherungsprämien.

Zweiter Titel – Versicherungsformen

Kapitel 1 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Artikel 1 – Leistungsbereich

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Artikel 24–31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

Artikel 2 – Franchise

2.1 Die versicherte Person trägt bis zum Betrag von CHF 300 (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

2.2 Für Minderjährige wird keine Franchise erhoben.

2.3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 2.

2.4 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.

2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit von der Franchise befreit.

Artikel 3 – Selbstbehalt

3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3.2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder.

3.3 Auf besondere Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen vom Selbstbehalt befreit.

Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei Assura-Basis AG (nachfolgend «Assura» genannt) versichert, haben sie zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

4.2 Tritt eine versicherte Person im Verlaufe des Jahres diesem Versicherungsmodell bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellten Anteile von Franchise und Selbstbehalt an. Eine Anrechnung von bereits in Rechnung gestellten Anteilen an Franchise und Selbstbehalt erfolgt unter Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die versicherte Person.

4.3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

Artikel 5 – Leistungen

5.1 Assura übernimmt auf der Basis der anwendbaren Tarife und Gesetzesbestimmungen die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, die von Leistungserbringern erbracht werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

5.2 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 3.

Kapitel 2 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

Artikel 6 – Anwendbares Recht

Die oben erwähnten Bestimmungen sind zudem ebenfalls auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchise anwendbar, unter Vorbehalt der besonderen Regelungen in diesem Kapitel 2.

Artikel 7 – Zweck

Assura ermöglicht der versicherten Person, gemäss den nachfolgenden Bedingungen eine höhere Franchise zu wählen, um die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu reduzieren.

Artikel 8 – Wahlfranchise

8.1 Die versicherte Person trägt bis zu einem von ihr gewählten Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

8.2 Die Franchise für Erwachsene und/oder junge Erwachsene kann CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 betragen.

8.3 Die Franchise für ein Kind kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

Artikel 9 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

9.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

9.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

9.3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Kapitel 3 – QualiMed-Modell

Artikel 10 – Die Akteure

10.1 Hausärzte

10.1.1 Hausärzte im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind und deren Kontaktdaten die versicherte Person Assura mitgeteilt hat.

10.1.2 Beim Abschluss des QualiMed-Modells wählt die versicherte Person ihren Hausarzt und meldet Assura dessen Kontaktdaten.

10.1.3 Der Hausarztwechsel muss Assura von der versicherten Person vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt mitgeteilt werden.

10.2 Spezialisten

Spezialisten im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind Ärztinnen und Ärzte mit einer anerkannten postgradualen Ausbildung in einem medizinischen Fachgebiet im Sinne des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG) sowie die Spitäler und Kliniken in denen sie praktizieren.

Artikel 11 – Unsere Partner

11.1 Telemedizinisches Zentrum

11.1.1 Das von Assura ausgewählte telemedizinische Zentrum erbringt medizinische Beratungen und Fernuntersuchungen.

Seine Kontaktangaben sind auf der Internetseite von Assura aufgeführt. Es zeigt der versicherten Person den geeigneten Behandlungsweg auf, dem diese folgen muss.

11.1.2 Von einem Arzt erbrachte Fernuntersuchungen werden gemäss den Bestimmungen des KVG übernommen und gegenüber Assura nach dem Prinzip des Tiers-Payant in Rechnung gestellt.

11.2 Unabhängiger Beratungsdienst

11.2.1 Der von Assura bestimmte und im Internet aufgeführte unabhängige Beratungsdienst ist ein Beratungsdienst, der auf die individuelle Auswahl der geeigneten Ärzte spezialisiert ist.

11.2.2 Die Liste der Spezialisierungen, für die die versicherte Person an den unabhängigen Beratungsdienst gelangen muss, ist auf der Internetseite von Assura abrufbar. Ausserdem erhält die versicherte Person sie zusammen mit der Versicherungspolice.

11.2.3 Diese Liste kann von Assura jederzeit einseitig geändert werden. In einem solchen Fall wird die versicherte Person schriftlich informiert. Sie kann innerhalb von 30 Tagen einen Wechsel zu einem anderen Grundversicherungsmodell von Assura mit gleicher Franchise beantragen.

11.2.4 Der Einsatz des unabhängigen Beratungsdienstes und die Suche nach den geeigneten Spezialisten wird der versicherten Person nicht verrechnet.

Artikel 12 – Pflichten der versicherten Person

12.1 Vor einer medizinischen Behandlung

12.1.1 Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter verpflichtet sich, sich vor jeder ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung an das telemedizinische Zentrum oder an den Hausarzt zu wenden, den sie ausgewählt und Assura mitgeteilt hat. Dies gilt gemäss Artikel 14.3 auch für die beim Eintritt in das QualiMed-Modell laufenden Behandlungen.

12.1.2 Vorbehalten bleiben die in Artikel 13 aufgeführten Bestimmungen für Notfälle und Ausnahmen.

12.2 Konsultation beim telemedizinischen Zentrum

12.2.1 Stellt das telemedizinische Zentrum fest, dass die versicherte Person einen Allgemeinarzt aufsuchen muss, so wendet diese sich an den Hausarzt, den sie ausgewählt hat, und befolgt den in Artikel 12.3 beschriebenen Prozess.

12.2.2 In den restlichen Fällen erbringt das telemedizinische Zentrum eine medizinische Beratung oder zeigt der versicherten Person den geeigneten Behandlungsweg auf, dem diese folgen muss. Das telemedizinische Zentrum legt insbesondere die Leistungserbringer und/oder Spezialisten fest. Die versicherte Person verpflichtet sich im Sinne der Bestimmungen des KVG letztere zu konsultieren und sich bei diesen behandeln zu lassen. Vorbehalten bleibt eine Konsultation des unabhängigen Beratungsdienstes (siehe Artikel 12.2.3).

12.2.3 Falls die versicherte Person einen Spezialisten konsultieren muss, dessen Spezialisierung auf der Internetseite von Assura aufgelistet ist, weist das telemedizinische Zentrum sie darauf hin, dass sie sich an den unabhängigen Beratungsdienst wenden muss. Dieser unterbreitet der versicherten Person eine Auswahl von drei Spezialisten. Der unabhängige Beratungsdienst spricht seine Empfehlungen auf der Basis der vom

telemedizinischen Zentrum erhaltenen Angaben aus. Die versicherte Person ist verpflichtet, einen der vom unabhängigen Beratungsdienst empfohlenen Spezialisten zu konsultieren und sich von diesem im Sinne der Bestimmungen des KVG behandeln zu lassen, bevor sie weitere Schritte unternimmt.

12.2.4 Sollte sich herausstellen, dass die versicherte Person wegen des gleichen Leidens einen anderen Leistungserbringer und/oder einen anderen Spezialisten, dessen Spezialisierung nicht auf der Internetseite von Assura aufgeführt ist, aufsuchen muss, so muss sie vor jeder Konsultation erneut Kontakt mit dem telemedizinischen Zentrum aufnehmen, um ihren Verlauf der Behandlung auf den neuesten Stand zu bringen.

12.2.5 Sollte sich herausstellen, dass die versicherte Person wegen des gleichen Leidens einen anderen Spezialisten aufsuchen muss, dessen Spezialisierung auf der Internetseite von Assura aufgeführt ist, so muss sie sich, bevor sie weitere Schritte unternimmt und insbesondere vor jeder weiteren Konsultation, erneut an den unabhängigen Beratungsdienst wenden, um die Empfehlung von drei Spezialisten zu erhalten. Der unabhängige Beratungsdienst spricht seine Empfehlungen auf der Basis der vom telemedizinischen Zentrum erhaltenen Angaben aus. **Die versicherte Person ist verpflichtet, einen der vom unabhängigen Beratungsdienst empfohlenen Spezialisten zu konsultieren und sich von diesem im Sinne der Bestimmungen des KVG behandeln zu lassen, bevor sie weitere Schritte unternimmt.**

12.3 Konsultation des Hausarztes

12.3.1 Der Hausarzt behandelt die versicherte Person und entscheidet, ob er den weiteren Verlauf der Behandlung selbst übernimmt oder ob er die versicherte Person an einen Spezialisten überweist.

12.3.2 Spezialist, dessen Spezialisierung in der Liste von Assura eingetragen ist:

12.3.2.1 Muss die versicherte Person einen Spezialisten aufsuchen, dessen Spezialisierung auf der Internetseite von Assura aufgeführt ist, so muss sie zuvor den unabhängigen Beratungsdienst konsultieren, um die Empfehlung von drei Spezialisten einzuholen.

12.3.2.2 **Dafür benötigt die versicherte Person von ihrem Hausarzt eine Kopie ihrer Patientenakte. Diese leitet sie an den unabhängigen Beratungsdienst weiter. Der unabhängige Beratungsdienst spricht seine Empfehlungen auf der Grundlage der vom Versicherten erhaltenen Angaben aus. Sollten sich dabei Fragen ergeben, die tiefergreifende Abklärungen durch den unabhängigen Beratungsdienst erfordern, so ist die versicherte Person verpflichtet, proaktiv mitzuarbeiten. Die versicherte Person ist ausserdem verpflichtet, einen der drei vom unabhängigen Beratungsdienst empfohlenen Spezialisten zu konsultieren und sich von diesem im Sinne der Bestimmungen des KVG behandeln zu lassen, bevor sie weitere Schritte unternimmt.**

12.3.2.3 Sollte sich herausstellen, dass die versicherte Person wegen des gleichen Leidens einen anderen Spezialisten aufsuchen muss, dessen Spezialisierung auf der Liste von Assura aufgeführt ist, so muss sie vor jedem weiteren Schritt, insbesondere vor jeder weiteren Konsultation, wieder mit dem unabhängigen Beratungsdienst Kontakt aufnehmen. **Die versicherte Person ist verpflichtet, einen der drei vom**

unabhängigen Beratungsdienst empfohlenen Spezialisten zu konsultieren und sich von diesem im Sinne der Bestimmungen des KVG behandeln zu lassen, bevor sie weitere Schritte unternimmt.

12.3.3 Spezialist, dessen Spezialisierung nicht auf der Liste von Assura aufgeführt ist, oder anderer Leistungserbringer:

Muss die versicherte Person einen Spezialisten, dessen Spezialisierung nicht auf der Liste von Assura aufgeführt ist, oder einen anderen Leistungserbringer konsultieren, so verpflichtet sie sich, vor jeder Konsultation bei diesem Spezialisten einen durch den Hausarzt vollständig ausgefüllten, datierten und unterzeichneten Überweisungsschein auszustellen zu lassen. Dieser Überweisungsschein ist anschliessend so rasch als möglich an Assura weiterzuleiten.

12.4 Sanktionen

12.4.1 **Verstösst die versicherte Person gegen ihre aus Artikeln 12.2.3 und 12.2.5 sowie Artikel 12.3.2 hervorgehenden Pflichten, wird die Kostenübernahme durch Assura abgelehnt.** Bei einer auf den vorliegenden Artikel gestützten Leistungsablehnung von Assura kann die versicherte Person aber rückwirkend auf den 1. Januar des laufenden Jahres einen Übertritt zum Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) beantragen. Die Franchise bleibt identisch und die Prämie wird angepasst.

12.4.2 Bei Nicht-Einhaltung der Artikel 12.2.2, 12.2.4 und 12.3.3 erinnert Assura die versicherte Person an ihre Pflichten. Bei jedem erneuten Verstoß innerhalb desselben Kalenderjahrs wird die Kostenübernahme von Assura abgelehnt.

Artikel 13 – Ausnahmen

13.1 Ambulante Sprechstunden beim Augenarzt, Kinderarzt für Kinder oder Gynäkologen fallen nicht unter die Bestimmungen von Artikel 12.

13.2 Bei nachgewiesenen Notfällen kann die versicherte Person sich an einen Leistungserbringer oder an einen Spezialisten wenden, ohne zuvor das telemedizinische Zentrum, den Hausarzt oder gegebenenfalls den unabhängigen Beratungsdienst zu kontaktieren. Erfordert die notfallmässig erbrachte Leistung eine Nachbehandlung, so muss die versicherte Person die **Bestimmungen von Artikel 12 einhalten.**

Artikel 14 – Beitritt zum QualiMed-Modell

14.1 Dem QualiMed-Modell können alle Personen beitreten, die in der Prämienregion eines Kantons wohnen, in der Assura dieses Modell anbietet.

14.2 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einer Prämienregion, in der Assura das QualiMed-Modell anbietet, und die im Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) versichert ist, kann jederzeit auf den ersten Tag des Folgemonats dem QualiMed-Modell beitreten.

14.3 **Im Falle einer laufenden Behandlung beim Beitritt zum QualiMed-Modell muss die versicherte Person ihre Pflichten im Sinne der Artikel 12 und 13.2 einhalten.** Davon ausgenommen sind Eingriffe, die vor dem Beitritt zum

QualiMed-Modell geplant worden sind, und die innert zwei Monaten nach Beitritt der versicherten Person zum QualiMed-Modell erfolgen.

Artikel 15 – Austritt aus dem QualiMed-Modell

15.1 Assura kann das QualiMed-Modell unter Einhaltung einer Ankündigungsfrist von zwei Monaten jeweils per Ende eines Kalenderjahres aufheben. Die versicherte Person wird auf den 1. Januar des Folgejahres mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder in ein anderes Grundversicherungsmodell übernommen. Letzteres erfordert einen Antrag der versicherten Person. Die versicherte Person kann auch ihr Kündigungsrecht gemäss Artikel 7 KVG in Anspruch nehmen.

15.2 Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz in eine Prämienregion, in der Assura das QualiMed-Modell nicht anbietet, wird sie automatisch mit der gleichen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen.

15.3 Im Falle der Aufnahme in ein Pflegeheim, der Haft in einer Strafanstalt, eines Langzeitspitalaufenthalts oder einer ähnlichen Situation kann die versicherte Person Assura schriftlich darum ersuchen, mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen zu werden, und zwar rückwirkend auf den 1. des Monats, an dem dieses Ereignis eingetreten ist.

Artikel 16 – Datenbearbeitung

16.1 Prüfung der Versicherungsdeckung

Um den Versicherungsschutz der versicherten Person zu prüfen, leitet Assura dem telemedizinischen Zentrum und dem unabhängigen Beratungsdienst die zu ihrer Identifikation und zur Bestimmung der Versicherungsdeckung notwendigen Daten weiter. Die Gesundheitsdaten der versicherten Person sind jedoch von der Weiterleitung ausgenommen. Die Weiterleitung dieser Daten kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Lösung, die durch einen Dritten verwaltet wird.

16.2 Datenaustausch

16.2.1 Mit Abschluss des QualiMed-Modells erklärt sich die versicherte Person mit dem Datenaustausch zwischen dem telemedizinischen Zentrum und Assura sowie dem unabhängigen Beratungsdienst und/oder allen weiteren beteiligten Leistungserbringern und Assura einverstanden. Dieser Austausch hat unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu erfolgen und darf nur erfolgen, soweit er zur Sicherstellung einer optimalen Koordination im Rahmen des QualiMed-Modells und zur Bestimmung des Leistungsanspruchs unbedingt erforderlich ist.

16.2.2 Die versicherte Person erlaubt dem telemedizinischen Zentrum, die notwendigen medizinischen Informationen an den unabhängigen Beratungsdienst weiterzuleiten, damit dieser eine gute Beratungsgrundlage erhält und mit seiner Arbeit die medizinische Behandlung optimieren kann. Zum gleichen Zweck erlaubt die versicherte Person dem unabhängigen Beratungsdienst, diese Daten zu bearbeiten und sie an den ausgewählten Spezialisten weiterzuleiten. Zur Bearbeitung der Daten der versicherten Person durch den unabhängigen Beratungsdienst ist ihre ausdrückliche

Einwilligung notwendig. Diese muss vorgängig durch den unabhängigen Beratungsdienst eingeholt werden.

16.2.3 Die versicherte Person erlaubt dem telemedizinischen Zentrum, die Liste aller von ihm erbrachten Konsultationen und gegebenenfalls die ausgestellten Überweisungen an Assura weiterzuleiten. So kann Assura die Einhaltung der Pflichten der versicherten Person und die Fakturierung überwachen.

16.2.4 Die versicherte Person erlaubt dem unabhängigen Beratungsdienst, die Empfehlung des von ihr ausgewählten Spezialisten, an Assura weiterzuleiten. So kann Assura die Einhaltung der Pflichten der versicherten Person und die Fakturierung überwachen. Der unabhängige Beratungsdienst übergibt Assura regelmässig einen anonymisierten Tätigkeitsbericht, der statistischen Zwecken dient und nachweist, ob das QualiMed-Modell den Bedürfnissen entspricht.

16.2.5 Die vorgesehene Übermittlung von Daten zwischen Assura, dem telemedizinischen Zentrum, dem unabhängigen Beratungsdienst sowie den übrigen Leistungserbringern kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Plattform, die von einem Dritten verwaltet wird.

16.3 Gesprächsaufzeichnung durch das telemedizinische Zentrum

Die Beratungsgespräche und die Fernkonsultationen des telemedizinischen Zentrums werden durch dieses aufgezeichnet und archiviert. Bei Streitigkeiten können die Aufzeichnungen als Beweismittel verwendet und nötigenfalls vor den juristischen Instanzen zum Beweis herangezogen werden. Assura verfügt jedoch ohne entsprechende Vollmacht durch die versicherte Person über keinen direkten Zugriff auf diese Informationen.

16.4 Datenbearbeitung durch Assura

Assura bearbeitet nur die Daten, die notwendig sind, um die Prämien zu berechnen und einzukassieren, das Anrecht auf Versicherungsleistungen zu evaluieren, Rückerstattungsanträge für Leistungen zu bearbeiten, Regressansprüche gegen haftpflichtige Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen.

Artikel 17 – Verantwortung

Assura übernimmt keine medizinische Verantwortung.

Dritter Titel – Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2026 in Kraft.

Assura-Basis AG

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung QualiMed-Modell

Ausgabe 01.2027

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das QualiMed-Modell ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

Für das QualiMed-Modell massgebend sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich der dazugehörenden Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

Die besonderen Bestimmungen über dieses Versicherungsmodell und den Bei- und Austritt der Versicherten stützen sich auf Artikel 41 Absatz 4 KVG, Artikel 62 Absatz 1 und 3 KVG, Artikel 99–101 KVV. Für alle übrigen Bestimmungen wird auf die allgemeinen Grundsätze des KVG und dessen Verordnungen verwiesen.

Mit der Wahl des QualiMed-Modells erklärt sich die versicherte Person mit den Besonderen Versicherungsbedingungen gemäss Kapitel 3 einverstanden. Im Gegenzug profitiert sie von ermässigten Versicherungsprämien.

Zweiter Titel – Versicherungsformen

Kapitel 1 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Artikel 1– Leistungsumfang

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Artikel 24–31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

Artikel 2 – Franchise

2.1 Die versicherte Person trägt bis zum Betrag von CHF 300 (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

2.2 Für Minderjährige wird keine Franchise erhoben.

2.3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 2.

2.4 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.

2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit von der Franchise befreit.

Artikel 3 – Selbstbehalt

3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3.2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder.

3.3 Auf den besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis 8 Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen vom Selbstbehalt befreit.

Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei Assura-Basis AG (nachfolgend «Assura» genannt) versichert, haben sie zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

4.2 Tritt eine versicherte Person im Verlaufe des Jahres diesem Versicherungsmodell bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellten Anteile von Franchise und Selbstbehalt an. Eine Anrechnung von bereits in Rechnung gestellten Anteilen an Franchise und Selbstbehalt erfolgt unter Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die versicherte Person.

4.3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

Artikel 5 – Leistungen

5.1 Assura übernimmt auf der Basis der anwendbaren Tarife und Gesetzesbestimmungen die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, die von Leistungserbringern erbracht werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

5.2 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 3.

Kapitel 2 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

Artikel 6 – Anwendbares Recht

Die oben erwähnten Bestimmungen sind zudem ebenfalls auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit

Wahlfranchise anwendbar, unter Vorbehalt der besonderen Regelungen in diesem Kapitel 2.

Artikel 7 – Zweck

Assura ermöglicht der versicherten Person, gemäss den nachfolgenden Bedingungen eine höhere Franchise zu wählen, um die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu reduzieren.

Artikel 8 – Wahlfranchise

8.1 Die versicherte Person trägt bis zu einem von ihr gewählten Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

8.2 Die Franchise für Erwachsene und/oder junge Erwachsene kann CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 betragen.

8.3 Die Franchise für ein Kind kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

Artikel 9 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

9.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

9.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

9.3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Kapitel 3 – QualiMed-Modell

Artikel 10 – Die verschiedenen Akteure

10.1 Hausärztinnen und Hausärzte

10.1.1 Hausärzte im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind. Die versicherte Person muss Assura die Kontaktangaben ihres Hausarztes vor der ersten Konsultation mitteilen.

10.1.2 Der Hausarztwechsel muss Assura von der versicherten Person vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt mitgeteilt werden.

10.2 Spezialistinnen und Spezialisten

Spezialisten im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind Ärztinnen und Ärzte mit einer anerkannten postgradualen Ausbildung in einem medizinischen Fachgebiet im Sinne des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG) sowie die Spitäler und Kliniken in denen sie praktizieren.

Artikel 11 – Unsere Partner

11.1 Telemedizinisches Zentrum

11.1.1 Das von Assura ausgewählte telemedizinische Zentrum erbringt medizinische Beratungen und Fernuntersuchungen. Seine Kontaktangaben sind auf der Internetseite von Assura aufgeführt. Es zeigt der versicherten Person den geeigneten Behandlungsweg auf, dem diese folgen muss.

11.1.2 Von einer Ärztin oder einem Arzt erbrachte Fernuntersuchungen werden gemäss den Bestimmungen des KVG übernommen und gegenüber Assura nach dem Prinzip des Tiers-Payant in Rechnung gestellt.

11.2 Unabhängiger Beratungsdienst

11.2.1 Der von Assura bestimmte und im Internet aufgeführte unabhängige Beratungsdienst ist ein Beratungsdienst, der auf die individuelle Auswahl der geeigneten Ärztinnen und Ärzte spezialisiert ist.

11.2.2 Die Liste der Spezialisierungen, für die die versicherte Person sich an den unabhängigen Beratungsdienst wenden muss, ist auf der Website von Assura abrufbar. Ausserdem erhält die versicherte Person sie zusammen mit der Versicherungspolice.

11.2.3 Diese Liste kann von Assura jederzeit einseitig geändert werden. In einem solchen Fall wird die versicherte Person schriftlich informiert. Sie kann innerhalb von 30 Tagen einen Wechsel zu einem anderen Grundversicherungsmodell von Assura mit gleicher Franchise beantragen.

11.2.4 Der Einsatz des unabhängigen Beratungsdienstes und die Suche nach den geeigneten Spezialisten wird der versicherten Person nicht verrechnet.

Artikel 12 – Pflichten der versicherten Person

12.1 Vor einer medizinischen Behandlung

12.1.1 Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter verpflichtet sich, sich vor jeder ambulanten oder stationären medizinischen Behandlung an das telemedizinische Zentrum oder an den Hausarzt zu wenden, den sie ausgewählt und Assura mitgeteilt hat. Dasselbe gilt für laufende Behandlungen beim Beitritt zum QualiMed-Modell gemäss Artikel 14.3.

12.1.2 Vorbehalten bleiben die in Artikel 13 aufgeführten Bestimmungen für Notfälle und Ausnahmen.

12.2 Konsultation beim telemedizinischen Zentrum

12.2.1 Stellt das telemedizinische Zentrum fest, dass die versicherte Person einen Allgemeinarzt aufsuchen muss, so wendet diese sich an den Hausarzt, den sie ausgewählt hat, und befolgt das in Artikel 12.3 beschriebene Vorgehen.

12.2.2 In den restlichen Fällen erbringt das telemedizinische Zentrum eine medizinische Beratung oder zeigt der versicherten Person den geeigneten Behandlungsweg auf, dem diese folgen muss. Das telemedizinische Zentrum legt insbesondere die Leistungserbringer/Spezialisten fest. Die versicherte Person verpflichtet sich im Sinne der Bestimmungen des KVG letztere zu konsultieren und sich bei diesen behandeln zu lassen. Vorbehalten bleibt eine Konsultation des unabhängigen Beratungsdienstes (siehe Artikel 12.2.3).

12.2.3 Falls die versicherte Person einen Spezialisten konsultieren muss, dessen Spezialisierung auf der Internetseite von Assura aufgelistet ist, weist das telemedizinische Zentrum sie darauf hin, dass sie sich an den unabhängigen Beratungsdienst wenden muss. Dieser unterbreitet der versicherten Person eine Auswahl von drei Spezialisten. Der unabhängige Beratungsdienst spricht seine Empfehlungen insbesondere auf der Basis der vom telemedizinischen Zentrum erhaltenen Angaben aus. Die versicherte Person ist verpflichtet, einen der vom unabhängigen Beratungsdienst empfohlenen Spezialisten zu konsultieren und sich von diesem im Sinne der Bestimmungen des KVG behandeln zu lassen, bevor sie weitere Schritte unternimmt.

12.2.4 Sollte sich herausstellen, dass die versicherte Person wegen des gleichen Leidens einen anderen Leistungserbringer und/oder einen anderen Spezialisten, dessen Spezialisierung nicht auf der Internetseite von Assura aufgeführt ist, aufsuchen muss, so muss sie vor der Konsultation wieder mit dem telemedizinischen Zentrum Kontakt aufnehmen, um den Verlauf der Behandlung auf den neuesten Stand zu bringen.

12.2.5 Sollte es sich herausstellen, dass die versicherte Person wegen des gleichen Leidens einen anderen Spezialisten aufsuchen muss, dessen Spezialisierung auf der Internetseite von Assura aufgeführt ist, so muss sie sich, bevor sie weitere Schritte unternimmt und insbesondere vor jeder weiteren Konsultation, erneut an den unabhängigen Beratungsdienst wenden, um die Empfehlung von drei Spezialisten zu erhalten. Der unabhängige Beratungsdienst spricht seine Empfehlungen insbesondere auf der Basis der vom telemedizinischen Zentrum erhaltenen Angaben aus. **Die versicherte Person ist verpflichtet, einen der vom unabhängigen Beratungsdienst empfohlenen Spezialisten zu konsultieren und sich von diesem im Sinne der Bestimmungen des KVG behandeln zu lassen, bevor sie weitere Schritte unternimmt.**

12.3 Konsultation der Hausärztin oder des Hausarztes

12.3.1 Der Hausarzt behandelt die versicherte Person und entscheidet, ob er den weiteren Verlauf der Behandlung selbst übernimmt oder ob er die versicherte Person an eine Spezialistin oder einen Spezialisten überweist.

12.3.2 Spezialistin oder Spezialist, deren oder dessen Spezialisierung in der Liste von Assura eingetragen ist:

12.3.2.1 Muss die versicherte Person einen Spezialisten aufsuchen, dessen Spezialisierung auf der Internetseite von Assura aufgeführt ist, so muss sie zuvor den unabhängigen Beratungsdienst konsultieren, um die Empfehlung von drei Spezialisten einzuholen.

12.3.2.2 **Dafür benötigt die versicherte Person von ihrem Hausarzt eine Kopie des Patientendossiers. Diese leitet sie an den unabhängigen Beratungsdienst weiter. Der unabhängige Beratungsdienst spricht seine Empfehlungen auf der Grundlage der vom Versicherten erhaltenen Angaben aus. Sollten sich dabei Fragen ergeben, die tiefer greifende Abklärungen durch den unabhängigen Beratungsdienst erfordern, so ist die versicherte Person verpflichtet, proaktiv mitzuarbeiten. Die versicherte Person ist ebenfalls verpflichtet, einen der vom unabhängigen Beratungsdienst empfohlenen**

drei Spezialisten zu konsultieren und sich von diesem im Sinne der Bestimmungen des KVG behandeln zu lassen, bevor sie weitere Schritte unternimmt.

12.3.2.3 Sollte sich herausstellen, dass die versicherte Person wegen des gleichen Leidens einen anderen Spezialisten aufsuchen muss, dessen Spezialisierung auf der Liste von Assura aufgeführt ist, so muss sie vor jedem weiteren Schritt, insbesondere vor jeder weiteren Konsultation, wieder mit dem unabhängigen Beratungsdienst Kontakt aufnehmen. **Die versicherte Person ist verpflichtet, einen der vom unabhängigen Beratungsdienst empfohlenen drei Spezialisten zu konsultieren und sich von diesem im Sinne der Bestimmungen des KVG behandeln zu lassen, bevor sie weitere Schritte unternimmt.**

12.3.3 Spezialistin oder Spezialist, deren oder dessen Spezialisierung nicht auf der Liste von Assura aufgeführt ist, oder anderer Leistungserbringer:

Muss die versicherte Person einen Spezialisten, dessen Spezialisierung nicht auf der Liste von Assura aufgeführt ist, oder einen anderen Leistungserbringer konsultieren, so verpflichtet sie sich, sich vor jeder Konsultation bei diesem Spezialisten oder Leistungserbringer durch die Hausärztin oder den Hausarzt einen vollständig ausgefüllten, datierten und unterzeichneten Überweisungsschein auszustellen zu lassen. Dieser Überweisungsschein ist anschliessend so rasch als möglich an Assura weiterzuleiten.

12.4 Sanktionen

12.4.1 **Verstösst die versicherte Person gegen ihre aus Artikeln 12.2.3 und 12.2.5 sowie Artikel 12.3.2 hervorgehenden Pflichten, wird die Kostenübernahme durch Assura abgelehnt.** Bei einer auf den vorliegenden Artikel gestützten Leistungsablehnung von Assura kann die versicherte Person aber rückwirkend auf den 1. Januar des laufenden Jahres einen Übertritt zum Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) beantragen. Die Franchise bleibt identisch und die Prämie wird angepasst.

12.4.2 Bei Nicht-Einhaltung der Artikel 12.2.2, 12.2.4 und 12.3.3 erinnert Assura die versicherte Person an ihre Pflichten. Bei jedem erneuten Verstoß innerhalb desselben Kalenderjahrs wird die Kostenübernahme von Assura abgelehnt.

Artikel 13 – Ausnahmen

13.1 Ambulante Konsultationen beim Augenarzt, Kinderarzt für Kinder oder Gynäkologen fallen nicht unter die Bestimmungen von Artikel 12.

13.2 Bei nachgewiesenen Notfällen kann die versicherte Person sich an einen Leistungserbringer oder an einen Spezialisten wenden, ohne zuvor das telemedizinische Zentrum, den Hausarzt oder gegebenenfalls den unabhängigen Beratungsdienst zu kontaktieren. Erfordert die notfallmässig erbrachte Leistung eine Nachbehandlung, so muss die versicherte Person die **Bestimmungen von Artikel 12 einhalten.**

Artikel 14 – Beitritt zum QualiMed-Modell

14.1 Dem QualiMed-Modell können alle Personen beitreten, die in der Prämienregion eines Kantons wohnen, in der Assura dieses Modell anbietet.

14.2 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einer Prämienregion, in der Assura das QualiMed-Modell anbietet, und die im Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) versichert ist, kann jederzeit auf den ersten Tag des Folgemonats mit einer identischen Franchise dem QualiMed-Modell beitreten.

14.3 Im Falle einer laufenden Behandlung beim Beitritt zum QualiMed-Modell muss die versicherte Person ihre Pflichten im Sinne der Artikel 12 und 13.2 einhalten.

Davon ausgenommen sind Eingriffe, die vor dem Beitritt zum QualiMed-Modell geplant worden sind, und die innert zwei Monaten nach Beitritt der versicherten Person zum QualiMed-Modell erfolgen.

Artikel 15 – Austritt aus dem QualiMed-Modell

15.1 Assura kann das QualiMed-Modell unter Einhaltung einer Ankündigungsfrist von zwei Monaten jeweils per Ende eines Kalenderjahres aufheben. Die versicherte Person wird auf den 1. Januar des Folgejahres mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder in ein anderes Grundversicherungsmodell übernommen. Letzteres erfordert einen Antrag der versicherten Person. Die versicherte Person kann auch ihr Kündigungsrecht gemäss Artikel 7 KVG in Anspruch nehmen.

15.2 Zieht die versicherte Person in eine Prämienregion um, in der Assura das QualiMed-Modell nicht anbietet, wird sie automatisch mit der gleichen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen.

15.3 Im Falle der Aufnahme in ein Pflegeheim, der Haft in einer Strafanstalt, eines Langzeitspitalaufenthalts oder einer ähnlichen Situation kann die versicherte Person Assura schriftlich darum ersuchen, mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen zu werden, und zwar rückwirkend auf den 1. des Monats, an dem dieses Ereignis eingetreten ist.

Artikel 16 – Datenbearbeitung

16.1 Prüfung der Versicherungsdeckung

Um den Versicherungsschutz der betroffenen Person zu prüfen, leitet Assura dem telemedizinischen Zentrum und dem unabhängigen Beratungsdienst die zu ihrer Identifikation und zur Bestimmung der Versicherungsdeckung notwendigen Daten weiter. Die Gesundheitsdaten der versicherten Person sind jedoch von der Weiterleitung ausgenommen. Die Weiterleitung dieser Daten kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Lösung, die durch einen Dritten verwaltet wird.

16.2 Datenaustausch

16.2.1 Mit Abschluss des QualiMed-Modells erklärt sich die versicherte Person mit dem Datenaustausch zwischen dem telemedizinischen Zentrum, dem unabhängigen Beratungsdienst und/oder allen weiteren beteiligten Leistungserbringer und Assura einverstanden. Dieser Austausch hat unter Einhaltung der

Datenschutzbestimmungen zu erfolgen und darf nur erfolgen, soweit er zur Sicherstellung einer optimalen Koordination im Rahmen des QualiMed-Modells und zur Bestimmung des Leistungsanspruchs unbedingt erforderlich ist.

16.2.2 Die versicherte Person erlaubt dem telemedizinischen Zentrum, dem unabhängigen Beratungsdienst die notwendigen medizinischen Informationen weiterzuleiten, damit dieser eine gute Beratungsgrundlage erhält und mit seiner Arbeit die medizinische Behandlung optimieren kann. Zum gleichen Zweck erlaubt die versicherte Person dem unabhängigen Beratungsdienst, diese Daten zu bearbeiten und sie an den ausgewählten Spezialisten weiterzuleiten. Zur Bearbeitung der Daten der versicherten Person durch den unabhängigen Beratungsdienst ist ihre ausdrückliche Einwilligung notwendig. Diese muss vorgängig durch den unabhängigen Beratungsdienst eingeholt werden.

16.2.3 Die versicherte Person erlaubt dem telemedizinischen Zentrum, die Liste aller von ihm erbrachten Konsultationen und gegebenenfalls die ausgestellten Überweisungsscheine an Assura weiterzuleiten. So kann Assura die Einhaltung der Pflichten der versicherten Person und die Fakturierung überwachen.

16.2.4 Die versicherte Person erlaubt dem unabhängigen Beratungsdienst, die Empfehlung des Spezialisten, den sie ausgewählt hat, an Assura weiterzuleiten. So kann Assura die Einhaltung der Pflichten der versicherten Person und die Fakturierung überwachen. Der unabhängige Beratungsdienst erstellt und übergibt Assura regelmässig einen anonymisierten Tätigkeitsbericht, der statistischen Zwecken dient und nachweist, ob das QualiMed-Modell den Bedürfnissen entspricht.

16.2.5 Die vorgesehene Übermittlung von Daten zwischen Assura, dem telemedizinischen Zentrum, dem unabhängigen Beratungsdienst sowie den übrigen Leistungserbringern kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Plattform, die von einem Dritten verwaltet wird.

16.3 Aufzeichnung der Gespräche

Die Beratungsgespräche und die Fernkonsultationen werden durch unsere Partner aufgezeichnet und archiviert. Bei Streitigkeiten können die Aufzeichnungen als Beweismittel verwendet und nötigenfalls vor den juristischen Instanzen zum Beweis herangezogen werden. Assura verfügt jedoch ohne entsprechende Vollmacht durch die versicherte Person über keinen direkten Zugriff auf diese Informationen.

16.4 Datenbearbeitung durch Assura

Assura bearbeitet nur die Daten, die notwendig sind, um die Prämien zu berechnen und einzukassieren, das Anrecht auf Versicherungsleistungen zu evaluieren, Rückerstattungsanträge für Leistungen zu bearbeiten, Regressansprüche gegen haftpflichtige Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen.

Artikel 17 – Verantwortung

Assura übernimmt keine medizinische Verantwortung.

Dritter Titel – Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

Assura-Basis AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung gemäss VVG (mit subsidiärer Unfalldeckung)

Ausgabe 07.2015 - Aktualisierung 01.2022

Artikel 1 - Vertragsgrundlagen

1.1 Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person mit Wohnsitz in der Schweiz werden in der Police und in den Versicherungsbedingungen geregelt.

1.2 A Bei Fehlen ausdrücklicher Vertragsbestimmungen ist das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) anwendbar.

Artikel 2 - Definitionen

Massgebend für die Auslegung der Versicherungsbedingungen sind folgende Definitionen:

2.1 Versicherungsnehmer: Person, die den Versicherungsantrag unterzeichnet und insbesondere für die Prämien aufkommt.

2.2 Versicherte Person: Person, die Versicherungsschutz geniesst, ob Versicherungsnehmer oder nicht.

2.3 AVB bzw. BVB: Allgemeine bzw. Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung.

2.4 Krankheit: jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

2.5 Unfall: 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.

2.6 **Mutterschaft: Sammelbegriff für Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt, extrauterine Schwangerschaft und nicht ausgetragene Schwangerschaft.**

2.7 Spitaleinrichtungen: Spitäler, Kliniken, Entbindungsstationen.

2.8 Franchise: Vertraglich festgesetzter Betrag zu Lasten der versicherten Person im Schadenfall, je nach BVB pro Fall oder Kalenderjahr.

2.9 Selbstbehalt: Variabler, in Prozenten der von Assura AG erbrachten Leistung festgelegter Betrag zu Lasten der versicherten Person.

2.10 Kostenbeteiligung: Franchise und Selbstbehalt.

2.11 Vereinbarungen: Privatrechtliche Verträge über Modalitäten und Tarife der Behandlungen der Leistungserbringer.

2.12 Leistungserbringer: Sammelbegriff für Ärzte, Zahnärzte, Chiropraktoren, Pflegefachfrauen, Hebammen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden/Orthophonisten.

2.13 Tarifvertrag SSO-UV/MV/IV: Tarifvertrag zwischen der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft und der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung.

2.14 Schadeneintritt: Zeitpunkt, in welchem die Krankheit oder die Mutterschaft durch einen Leistungserbringer festgestellt wird. Bei Unfall: Datum des Unfallereignisses.

2.15 Leiden: Beeinträchtigung der Gesundheit.

2.16 KVG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994.

2.17 VVG: Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908.

2.18 UVG: Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981.

Artikel 3 - Gegenstand der Versicherung

3.1 Assura AG versichert im Rahmen der Angaben des Versicherungsnehmers auf dem Versicherungsantrag, der AVB und der BVB die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall.

3.2 Assura AG vergütet **Mutterschaftsleistungen im Umfang von Art. 4 der Kategorien Complementa und Complementa Plus sowie im Rahmen der Kategorien Materna Eco, Materna Media, Materna Plus und Natura R3.**

Artikel 4 - Deckungsbegrenzungen

4.1 Ausgeschlossen von der Versicherung sind:

4.1.1 i) Leiden, für die ein Versicherungsvorbehalt angebracht worden ist.

ii) **Bei Unterzeichnung des Versicherungsantrages bestehende Leiden**

iii) **Folgen von Unfällen, die sich vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages ereignet haben**

4.1.2 Behandlungen, die nicht im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden. Vorbehalten bleiben die besonderen Leistungen der BVB.

4.1.3 Plastische und **Wiederherstellungschirurgie sowie deren Folgen.**

4.1.4 Folgen von Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum, einschliesslich Unfällen, die sich unter Alkohol- und Drogeneinfluss ereignet haben.

4.1.5 Folgen von Selbstmord oder absichtlicher Selbstschädigung, einschliesslich deren Versuch.

4.1.6 **Schwangerschaftsabbruch oder -schonung, Massnahmen der künstlichen Befruchtung und Sterilitätsbehandlungen.**

4.1.7 Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person absichtlich, waghalsig, grobfahrlässig, bei der Ausübung eines Verbrechens oder im Rahmen einer Schlägerei verursacht worden sind. Ebenfalls nicht versichert sind **medizinische Behandlungen im Rahmen von gerichtlichen Massnahmen.**

4.1.8 **Folgen von Unfällen, die sich anlässlich eines Wettkampfes oder während der Vorbereitung auf einen solchen ereignen.**

4.1.9 Höhen- und Erholungskuren, Wasser- und Thalassotherapien, Behandlungen von **Übergewicht, Korrekturen von Sehschwächen**, Spitalaufenthalte aus sozialen Gründen, **Palliativbehandlungen**, diätetische Massnahmen, **Behandlungen zur Wiedereingliederung, Rehabilitation** und Schmerzbehandlungen.

4.1.10 **Psychische, psychosomatische oder neurologische Krankheiten.**

4.1.11 Persönliche Auslagen im Rahmen eines Spitalaufenthaltes, die nicht in direktem Zusammenhang mit der Heilung stehen (z. B. Fernsehmiets).

4.1.12 **Kosten für den Erwerb oder die Miete medizinischer Apparate, orthopädischer Hilfsmittel und Prothesen.**

4.1.13 Folgen von kriegerischen Ereignissen, Aufruhr oder Unruhen, Terrorismus, Sabotage oder ähnlichen Ereignissen.

4.1.14 Folgen von Unfällen, die sich bei der Benutzung eines Flugkörpers, beim Fallschirmspringen oder Gleitschirmfliegen ereignet haben, sofern die versicherte Person absichtlich Vorschriften der Behörden missachtet hat oder nicht im Besitz der notwendigen Bewilligungen oder offiziellen Lizenzen gewesen ist.

4.1.15 Folgen ionisierender Strahlungen. Versichert sind jedoch Leiden, die von ärztlich verordneten Strahlentherapien verursacht werden.

4.1.16 Organtransplantationen.

4.2 Assura AG verzichtet auf:

4.2.1 ihr Kündigungsrecht bei einer Anzeigepflichtverletzung (Art. 6 VVG), sofern mindestens 5 Jahre seit Vertragsabschluss oder -änderung vergangen sind.

4.2.2 ihr Kündigungsrecht im Schadenfall gemäss Art. 42 VVG, ausser bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch seitens der versicherten Person.

Artikel 5 - Gebietsbereich

5.1 Die Versicherung ist weltweit gültig.

5.2 Versicherte Personen, die ihren Wohnsitz in ein Gebiet ausserhalb der Schweiz, des Fürstentums Liechtenstein oder des Grenzgebietes verlegen, verlieren jeglichen Versicherungsschutz per Ende der laufenden Versicherungsperiode. Auf Gesuch der versicherten Person hin und unter den von Assura AG gestellten Bedingungen kann die Versicherung mit oder ohne Sistierung fortgeführt werden.

5.3 Ausserhalb der Schweiz, des Fürstentums Liechtenstein oder des Grenzgebietes werden die Kosten bis zum Ende der ärztlichen Behandlung, höchstens jedoch während 90 Tagen, vergütet.

5.4 Begibt sich eine versicherte Person, die in der Schweiz, im Fürstentum Liechtenstein oder im Grenzgebiet erkrankt oder verunfallt, ins Ausland, werden die versicherten Leistungen nur bei vorgängiger schriftlicher Zustimmung von Assura AG gewährt.

Artikel 6 - Verhältnis zu anderen Versicherern oder Dritten

6.1 Sind andere Versicherer ebenfalls leistungspflichtig, vergütet Assura AG die Kosten lediglich in dem Verhältnis, in welchem ihre Leistungen zum Gesamtbetrag der Leistungen aller Versicherer stehen.

6.2 Bei Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG, der obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Militärversicherung nach MVG oder der Invalidenversicherung nach IVG schreitet Assura AG nur ergänzend ein.

6.3 Arzt-, Arznei- und Spalkkosten, die von einem haftpflichtigen Dritten oder dessen Versicherer bezahlt worden sind, werden von Assura AG nicht vergütet. Erbringt Assura AG Leistungen, für die ein haftpflichtiger Dritter eintreten muss, hat die versicherte Person ihre Rechte im Umfang der erbrachten Leistungen an Assura AG abzutreten.

6.4 Verfügt die versicherte Person über keine obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG, werden die Leistungen im gleichen Umfang erbracht, wie wenn eine solche Deckung bestehen würde.

6.5 Ist dem Versicherungsnehmer beim Abschluss eines Versicherungsvertrags nicht bewusst, dass er bereits über eine andere Versicherung verfügt, die das gleiche Risiko deckt, so kann er den Vertrag innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme der Mehrfachversicherung kündigen. Eine Mehrfachversicherung liegt vor, wenn dasselbe Interesse gegen dieselbe Gefahr und für denselben Zeitraum bei mehr als einem Versicherungsunternehmen versichert wird, und zwar so, dass die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert übersteigen. Die Kündigung kann schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, erfolgen. Dabei müssen die in Artikel 19.2 beschriebenen Modalitäten eingehalten werden.

Artikel 7 - Versicherungsbeginn

7.1 Die Versicherung beginnt an dem in der Police bezeichneten Datum.

7.2 Die in der Police festgehaltenen Warte- und Karenzfristen bleiben vorbehalten.

7.3 Erfordert der Antrag zur Anpassung eines bestehenden Versicherungsvertrages eine ärztliche Untersuchung, so gilt der Antrag als angenommen, wenn er von Assura AG nicht binnen 4 Wochen, vom Empfange an gerechnet, abgelehnt wird.

Artikel 8 - Vertragsdauer

Unter Vorbehalt der nachfolgenden Art. 9 und Art. 10 und mit Ausnahme der Kategorien Previsia, Pecunia, Assuralex und Assura-Serenity gilt der Vertrag für die versicherte Person lebenslanglich.

Artikel 9 - Kündigung durch den Versicherungsnehmer

9.1 Die Mindestdauer des Vertrags beträgt drei Jahre, wenn er per 1. Januar in Kraft getreten ist. Er kann durch den Versicherungsnehmer auf den 31. Dezember des dritten oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden. Dabei muss eine Kündigungsfrist von drei Monaten eingehalten werden.

9.2 Sofern der Vertrag während des Jahres abgeschlossen wurde, kann er vom Versicherungsnehmer nach einer Mindestdauer von zwei Jahren per 31. Dezember des laufenden Jahres aufgelöst werden. Dabei muss eine Kündigungsfrist von drei Monaten eingehalten werden. Anschliessend ist er unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist jedes Jahr per 31. Dezember kündbar.

9.3 Die Kündigung muss mindestens drei Monate vor dem 31. Dezember bei Assura AG eintreffen. Sie muss schriftlich oder in einer anderen Form erfolgen, die den Nachweis durch Text ermöglicht, und muss die in Art. 19.2 beschriebenen Modalitäten einhalten.

9.4 Die in Art. 9.1 bis 9.3 festgehaltenen Fristen sind bei einer Kündigung im Schadenfall nicht anwendbar (Art. 42 VVG).

Artikel 10 - Prämienanpassung

10.1 Assura AG ist berechtigt, im Falle einer Änderung der Prämientarife eine Anpassung der Prämien des betroffenen Versicherungsprodukts auf den 1. Januar des folgenden Kalenderjahres vorzuschlagen. Die neuen Prämien werden dem Versicherungsnehmer mindestens 25 Tage vor Ende des laufenden Kalenderjahres mitgeteilt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das betreffende Versicherungsprodukt bis spätestens zum letzten Tag des laufenden Kalenderjahres zu kündigen.

10.2 Die Kündigung muss schriftlich oder in einer anderen Form erfolgen, die den Nachweis durch Text ermöglicht, und muss die in Art. 19.2 beschriebenen Modalitäten einhalten.

Artikel 11 - Ende des Leistungsanspruchs

Der Leistungsanspruch endet bei Vertragsende. Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen der Zusatzversicherungen sowie die Unfallfolgen im Sinne des UVG.

Artikel 12 - Prämie

12.1 Die Prämie wird nach dem Alter der versicherten Person im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses festgelegt und ist an den in der Police vereinbarten Fälligkeitsdaten zu bezahlen.

12.2 Die erste Prämie ist am Tag des Inkrafttretens des Vertrages fällig.

12.3 Kinder im Alter von 0 bis 18 Jahren wechseln mit Erreichen des 19. Lebensjahres automatisch in die nächste Prämienaltersstufe. Dasselbe gilt für junge Erwachsene von 19 bis 25 Jahren, sobald sie 26 Jahre alt werden. Diese Prämienaltersstufe ist danach definitiv massgebend.

12.4 Beträgt die Prämie weniger als CHF 100 pro Jahr, wird sie einmalig per 1. Januar jedes Jahres erhoben. Gleiches gilt für Prämien zwischen CHF 100 und CHF 300. Im letzteren Fall kann sie auf ausdrücklichen Wunsch der versicherten Person halbjährlich fakturiert werden.

Artikel 13 - Zahlungsverzug und Folgen

13.1 Wird die Prämie bei Fälligkeit nicht bezahlt, wird der Versicherungsnehmer auf seine Kosten schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, aufgefordert, binnen 14 Tagen, vom Versand der Mahnung angerechnet, in welcher er an die Folgen seiner Säumnis erinnert wird, Zahlung zu leisten.

13.2 Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht von Assura AG nach Ablauf der unter Ziffer 13.1 genannten Frist.

13.3 Die durch das Mahnverfahren zusätzlich verursachten Verwaltungskosten werden im Umfang von CHF 30 dem Versicherungsnehmer auferlegt.

13.4 Zusätzlich zu den vom Betreibungsamt direkt erhobenen Betreibungskosten werden dem Versicherungsnehmer Verwaltungskosten im Umfang von CHF 80 für die Einleitung des Betreibungsverfahrens auferlegt.

Artikel 14 - Schadenmeldung

14.1 Die versicherte Person hat Assura AG im Falle einer Arbeitsunfähigkeit, eines Spitalaufenthaltes, eines chirurgischen Eingriffes oder einer Badekur unverzüglich zu benachrichtigen. Notfälle bleiben vorbehalten.

14.2 Assura AG wird von ihrer Leistungspflicht befreit, wenn die in Ziff. 1 erwähnten krankheits- und unfallbedingten Schadenfälle nicht innert 3 Tagen zur Anmeldung gebracht werden, es sei denn, die versicherte Person habe die Verspätung nicht verschuldet.

14.3 Eine telefonische Auskunft kann unter keinen Umständen einen Leistungsanspruch begründen.

Artikel 15 - Übrige Pflichten der versicherten Person

15.1 Die versicherte Person ist verpflichtet, einen Leistungserbringer mit entsprechender Ausbildung aufzusuchen, sobald der Gesundheitszustand dies erfordert.

15.2 Die versicherte Person ist verpflichtet, Assura AG sämtliche zur Erledigung des Falles notwendigen Angaben zu liefern. Hierfür hat sie die Leistungserbringer von der Schweigepflicht zu entbinden.

15.3 Ein Wechsel des Leistungserbringers im Verlauf der Behandlung muss von Assura AG genehmigt werden.

15.4 Assura AG ist befugt, auf ihre Kosten eine Untersuchung der versicherten Person durch ihren Vertrauensarzt oder einen Leistungserbringer ihrer Wahl anzuordnen.

15.5 Ist ein anderer Versicherer oder Dritter im betreffenden Schadenfall ebenfalls leistungspflichtig, hat die versicherte Person Assura AG alle Informationen im Besitz dieses Versicherers bzw. Dritten weiterzuleiten.

15.6 Falls die versicherte Person ihre Obliegenheiten verletzt, ist Assura AG berechtigt, ihre Leistungen zu kürzen oder in schwerwiegenden Fällen zu verweigern. Es wird auf eine Sanktion verzichtet:

- i) wenn aus den Umständen hervorgeht, dass dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person infolge fehlenden Verschuldens keine Verletzung zuzurechnen ist;
- ii) wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Schadenfall und auf den Umfang der von Assura AG geschuldeten Leistungen hatte.

Artikel 16 - Leistungsvergütung

16.1 Die versicherten Leistungen sind geschuldet, sobald Assura AG im Besitz aller Angaben ist, die zur Beurteilung von Bestand und Umfang der Leistungspflicht notwendig sind.

16.2 Assura AG erstellt ihre Leistungsabrechnungen ausschliesslich auf Basis von detaillierten Originalrechnungen mit Angabe des Behandlungsdatums, der Diagnose, der erbrachten ärztlichen Leistungen, des Betrages pro Leistung, sowie des Namens, der Adresse und der Telefonnummer des ausländischen Leistungserbringers. Werden diese Informationen nicht innert einer angemessenen, von Assura AG festgelegten Frist zur Verfügung gestellt, ist Assura AG befugt, Leistungen abzulehnen. Nötigenfalls kann Assura AG die Übersetzung von fremdsprachigen Unterlagen in eine Landessprache oder ins Englische verlangen.

16.3 Die Vergütung der Leistungen erfolgt grundsätzlich an den Versicherungsnehmer bzw. an die versicherte Person an dessen bzw. deren Schweizer Wohnsitz. Ist nach Prüfung des Schadenfalles die Leistungspflicht von Assura AG zu bejahen, erteilt allerdings Assura AG auf Wunsch gegenüber dem Leistungserbringer Kostengutsprache für die Spalkkosten, wodurch der versicherten Person eine Depotzahlung erspart bleibt. In diesem Fall vergütet Assura AG ihre Leistungen direkt dem betreffenden Leistungserbringer.

16.4 Die Kostenbeteiligung wird direkt von den Leistungen an die versicherte Person in Abzug gebracht.

Artikel 17 - Verrechnung

Assura AG ist berechtigt, ihre Leistungen mit den von der versicherten Person geschuldeten Beträgen zu verrechnen. Im Gegenzug ist die versicherte Person nicht befugt, die Verrechnung von unbezahlten Prämien mit geschuldeten Leistungen von Assura AG zu erklären.

Artikel 18 - Abtretung und Verpfändung

Ohne ausdrückliche Zustimmung von Assura AG können Leistungsansprüche weder abgetreten noch verpfändet werden.

Artikel 19 - Mitteilungen

19.1 Alle Mitteilungen an Assura AG sind direkt an die Geschäftsleitung in Pully zu richten.

19.2 Die Kündigung durch den Versicherungsnehmer kann schriftlich per Brief an den Hauptsitz von Assura in Pully, aber auch per E-Mail oder SMS an die auf www.assura.ch angegebene E-Mail-Adresse oder Telefonnummer erfolgen.

19.3 Mitteilungen von Assura AG erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer oder von der versicherten Person zuletzt angegebene Adresse.

Artikel 20 - Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten anerkennt Assura AG sowohl ihren Sitz als auch den Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person in der Schweiz als Gerichtsstand.

Assura AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen Todes- und Invaliditätskapital infolge einer nach Beginn der Versicherungsdeckung diagnostizierten Krankheit (AVB Previsia Krankheit)

Previsia Krankheit

Ausgabe 05.2025

Artikel 1 - Versicherungsdeckungsgrundlagen

Für die Leistungen der Versicherungsdeckung Previsia Krankheit hat **Assura AG** (nachfolgend «Assura») als **Versicherungsnehmer** einen Kollektiv-Lebensversicherungsvertrag (nachfolgend «Kollektivvertrag») mit dem Versicherer GENERALI Personenversicherungen AG (nachstehend «GENERALI»), Soodmattenstrasse 2-4, 8134 Adliswil abgeschlossen.

Als **Versicherer** dieser Versicherungsdeckung «Previsia Krankheit» ist **GENERALI** im Falle eines gerichtlichen Verfahrens betreffend die Versicherungsleistungen allein passivlegitimiert.

Als versicherte Person gilt die natürliche Person, welche die Voraussetzungen unter Artikel 3 erfüllt und die Beitrittserklärung für den Versicherungsschutz unter dem Kollektivvertrag, die im Zusatzversicherungsantrag von Assura integriert ist (nachfolgend «Beitrittserklärung») auf freiwilliger Basis ausfüllt - oder sofern letztere nicht volljährig ist bzw. unter Vormundschaft oder Beistandschaft steht, diejenigen ihres gesetzlichen Vertreters bzw. Vormundes oder Beistands, und sich zur Bezahlung des durch Assura in Rechnung gestellten Deckungsbeitrags verpflichtet.

Die schriftlichen Erklärungen (und insbesondere die Beitrittserklärung) der versicherten Person, - oder sofern letztere nicht volljährig ist bzw. unter Vormundschaft oder Beistandschaft steht, diejenigen ihres gesetzlichen Vertreters bzw. Vormundes oder Beistands - sowie alle durch diesen Personenkreis vorgelegten Dokumente bilden die Grundlage der Versicherungsdeckung. Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien im Zusammenhang mit dieser Versicherungsdeckung werden des Weiteren durch die hier vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Previsia Krankheit) festgelegt. Das Vertragsverhältnis zwischen GENERALI und Assura ist im Kollektivvertrag geregelt. Sofern ein Sachverhalt von keinem der obgenannten Dokumente ausdrücklich geregelt wird und eine Bestimmung im Gesetz existiert, welche die sich stellende Frage regelt, kommen die Parteien überein, dass das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 02. April 1908 zur Anwendung gelangt.

Artikel 2 - Leistungsbereich

GENERALI versichert mit der Erbringung eines Invaliditäts- bzw. Todesfallkapitals die wirtschaftlichen Auswirkungen einer Krankheit, welche die versicherte Person während der Dauer der Versicherungsdeckung erleidet. Weitere Ausschlüsse und Einschränkungen der Versicherungsleistungen gemäss Artikel 7 und Artikel 13.6 bleiben vorbehalten.

Mit Previsia Krankheit kann die versicherte Person nur das Todesfallrisiko, nur das Invaliditätsrisiko oder sowohl das Todesfall- als auch das Invaliditätsrisiko versichern. Jede versicherte Person kann ein bestimmtes Risiko nur einmal abschliessen, sodass

eine Deckungskumulation (Mehrfachdeckung) für dasselbe Risiko ausgeschlossen ist.

Artikel 3 - Die versicherten Personen

Folgende Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz, die das 55. Lebensjahr beim gewünschten Deckungsbeginn noch nicht vollendet haben und im Zeitpunkt der Unterzeichnung der Beitrittserklärung bei Assura Basis AG oder Assura AG eine obligatorische Krankenversicherung bzw. eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben, können mit einer gültig unterzeichneten Beitrittserklärung in die Versicherungsdeckung Previsia Krankheit aufgenommen werden:

- Schweizerische Staatsbürger;
- Ausländer mit Ausweis B oder C.

Ausdrücklich ausgeschlossen von dieser Versicherungsdeckung sind Grenzgänger, welche im Genuss einer obligatorischen Krankenversicherung gemäss dem KVG sind.

Artikel 4 - Beginn und Ende der Versicherungsdeckung

4.1 Bei der Versicherungsdeckung Previsia Krankheit handelt es sich um eine von GENERALI versicherte Zusatzdeckung zu der bei Assura-Basis AG abgeschlossenen obligatorischen Krankenversicherung oder einer bei Assura AG abgeschlossenen Zusatzversicherung.

Die Versicherungsdeckung für Tod und/oder Invalidität beginnt an dem in der Deckungsbestätigung (die in der Versicherungspolice von Assura integriert ist) aufgeführten Datum. Die Deckungsbestätigung gilt als Bestätigung für die Annahme der Beitrittserklärung.

4.2 Die versicherte Person ist für die in der Beitrittserklärung festgelegte Erstdauer gedeckt. Die Versicherungsdeckung wird nach Ablauf der Erstdauer jeweils um ein weiteres Jahr stillschweigend verlängert, es sei denn, sie wird unter Berücksichtigung einer Kündigungsfrist von drei Monaten vor Ablauf der laufenden Versicherungsdeckung gekündigt. Die Kündigung muss schriftlich oder in einer anderen Form erfolgen, die den Nachweis durch Text ermöglicht, und muss die in Artikel 13.2 beschriebenen Modalitäten einhalten. In diesem Fall endet die Versicherungsdeckung am Ende des Monats, für welchen die versicherte Person die Aufhebung dieser Versicherungsdeckung mittels Kündigung verlangt hat.

4.3 Die Versicherungsdeckung endet spätestens am Ende des Monats, in welchem die versicherte Person ihren 65. Geburtstag feiert. Die Versicherungsdeckung erlischt ebenfalls einen Monat nachdem die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz in einen Ort ausserhalb der Schweiz verlegt hat. Die Versicherungsdeckung endet auch, wenn Assura den

Vertrag mit der versicherten Person aufgrund eines Zahlungsverzugs kündigt (vgl. Artikel 12.3).

Artikel 5 - Versicherungsdeckung und Definitionen

5.1 Diese Versicherungsdeckung deckt **nur die Risiken einer Invalidität und/oder eines Todesfalles infolge einer Krankheit**. Unter dem Begriff einer Krankheit versteht man jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat.

Von dieser Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind alle Fälle einer Invalidität oder eines Todesfalles infolge eines Unfalles. Unter dem Begriff eines Unfalles versteht man 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. **Ebenfalls ausgeschlossen sind, dies auch in indirekter Weise, medizinische Beeinträchtigungen, welche das Resultat eines Wiedereintretens eines gleichen Vorzustandes (status quo ante/sine) sind.**

5.2 Eine Erhöhung der Versicherungsdeckung oder eine Wiederinkraftsetzung der Versicherungsdeckung ist nicht möglich. In einem solchen Fall muss im vertraglich vereinbarten Umfang eine neue Beitrittserklärung eingereicht werden.

5.3 Eine Invalidität besteht, wenn die versicherte Person eine voraussichtlich bleibende ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit erleidet und als Folge dieses Umstandes durch eine rechtskräftige Verfügung als invalid im Sinne des Bundesgesetzes über die Invaliditätsversicherung (IV) anerkannt worden ist.

Die Verfügung der Invalidenversicherung ist aber für GENERALI nicht verbindlich und diese behält sich ausdrücklich das Recht vor, auf ihre Kosten ein medizinisches und/oder wirtschaftliches Gutachten einzuholen.

5.4 Nicht erwerbstätige Minderjährige gelten als invalid, wenn sie gemäss Einschätzung eines Facharztes und/oder eines Gutachters aufgrund objektiver, medizinisch nachprüfbarer Anzeichen eine Beeinträchtigung ihrer Gesundheit aufweisen, welche als dauerhaft und definitiv anerkannt wurde und voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zum Zeitpunkt ihrer Volljährigkeit zur Folge haben wird.

Diese Erwerbsunfähigkeit gilt als anerkannt, sobald der Minderjährige gleichzeitig folgende kumulative Bedingungen erfüllt:

- Das medizinische Leiden besteht mindestens zum gleichen Grad seit mindestens 18 Monaten;
- Es besteht keine medizinische Massnahme, welche zu einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person führen könnte.

Artikel 6 - Versicherungsleistungen

6.1 Die folgenden Versicherungsleistungen (Todesfallkapital und Invaliditätskapital) stellen eine Summenversicherung dar. Bei einer Summenversicherung bemisst sich die Versicherungsleistung nach einer bestimmten, vertraglich vereinbarten Summe. Sollte das Zusammentreffen mit anderen Leistungen im Versicherungsfall zu einer Überentschädigung führen, so werden die Versicherungsleistungen bei ausgewiesenem Anspruch trotzdem ungekürzt ausbezahlt.

6.2 Todesfall

Stirbt eine versicherte Person während der Dauer der Versicherungsdeckung infolge einer Krankheit, überweist GENERALI das für den Todesfall vereinbarte Kapital.

Stirbt ein versichertes Kind vor dem Erreichen des Alters von 2 Jahren und 6 Monaten, so beläuft sich das Kapital, welches GENERALI in Übereinstimmung mit Artikel 131 der Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (AVO) ausrichten darf, auf maximal CHF 2'500 -. Stirbt das Kind vor Vollendung des 12. Lebensjahres, so beläuft sich das Kapital, welches die GENERALI in Übereinstimmung mit derselben Bestimmung ausrichten darf, auf maximal CHF 20'000 -.

Übersteigt die Summe der für das Kind bezahlten Deckungsbeiträge die in den beiden vorangehenden Abschnitten festgelegte Summe, so wird diese unter Anrechnung eines einfachen Zinses von 5% durch GENERALI zurückgezahlt.

GENERALI überweist das Kapital an die durch die versicherte Person in der Deckungsbestätigung oder in einer später erlassenen Anordnung bezeichnete anspruchsberechtigte Person. Falls keine berechtigte Person bestimmt wurde, gelten die nachstehend aufgeführten Personen in folgender Reihenfolge als anspruchsberechtigte Person:

- Der Ehegatte oder der eingetragene Partner; bei dessen Fehlen:
- Die Kinder der versicherten Person; bei deren Fehlen:
- Der Vater und die Mutter der versicherten Person; bei deren Fehlen:
- Die weiteren Erbberechtigten, unter Ausschluss der Kantone und der Gemeinden gemäss Artikel 466 des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs (ZGB).

6.3 Invalidität

Im Falle einer Invalidität im Sinne des Artikels 5.3 infolge einer während der Dauer der Versicherungsdeckung diagnostizierten Krankheit, für welche zum gleichen Zeitraum eine rechtskräftige Verfügung der Invalidenversicherung erlangt wurde, überweist GENERALI das vereinbarte Kapital anteilmässig aufgrund des Invaliditätsgrades, welcher entweder durch die Invalidenversicherung anerkannt oder durch ein in Artikel 5.3 vorgesehenes medizinisches und/oder wirtschaftliches Gutachten ermittelt wurde. Bei einem Invaliditätsgrad von unter 40% besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Das Kapital wird gemäss Invaliditätsgrad abgestuft:

Invaliditätsgrad	Anteilmässiger Kapitalanspruch im Verhältnis zum Vollkapital
Von 40 % bis 69 %	Dem Grad der Invalidität entsprechend
Ab 70 %	Das gesamte versicherte Kapital

Diese Tabelle ist per Analogie auch auf die minderjährigen Personen gemäss Artikel 5.4 anzuwenden.

Artikel 7 - Ausschlüsse bzw. Einschränkungen des Versicherungsschutzes

7.1 - Ausschlüsse

• Vorbestehende medizinische Leiden

Keine Versicherungsdeckung besteht bei allen Veränderungen des Gesundheitszustandes (Krankheit, Krankheitszustand und/oder Unfall), welche vor Beginn der Versicherungsdeckung diagnostiziert wurden, für welche vor Beginn der Versicherungsdeckung entweder eine medizinische Untersuchung stattgefunden hat oder eine Behandlung verschrieben wurde und welche direkt oder indirekt eine teilweise oder vollständige Invalidität oder den Tod nach Beginn der Versicherungsdeckung zur Folge haben.

• Pränatale Leiden und angeborene Gebrechen/Geburtsgebrechen

Die vorgeburtlichen Leiden, die Geburtsgebrechen und deren Folgen sind ausdrücklich von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen.

• Schwangerschaft und Mutterschaft

Keine Versicherungsdeckung besteht für Schadenfälle, welche aus einer Schwanger- oder einer Mutterschaft sowie aus deren möglichen Komplikationen resultieren.

• Selbstmord

Während der ersten drei Jahre nach Beginn der Versicherungsdeckung ist der Tod infolge von Selbstmord bzw. die Invalidität infolge eines Selbstmordversuches nicht gedeckt.

• Verbrechen und vorsätzliche Delikte

Keine Versicherungsdeckung besteht, wenn die versicherte Person aktiv oder als Anstifter an Handlungen mitwirkt, welche die Schädigung von Personen oder Sachen zum Ziel haben.

• Spezialrisiken

Keine Versicherungsdeckung besteht für Schäden infolge vorsätzlicher Selbstverstümmelungen oder Gebrauchs von Betäubungsmitteln oder Medikamenten in nicht ärztlich verordneter Dosis sowie Schäden aus akuter oder chronischer Alkoholsucht.

Des Weiteren sind Schäden in Verbindung mit atomaren Explosionen sowie Strahlungen ausgeschlossen.

Die Versicherungsdeckung ruht, wenn sich die versicherte Person in einem Lande aufhält, in dem Krieg, Guerillakrieg oder Unruhen herrschen.

7.2 Leistungskürzung

Ist der Erwerbsausfall oder der Tod **nur teilweise** auf das versicherte Ereignis zurückzuführen, werden die versicherten Leistungen auf der Grundlage des mittels eines medizinischen Gutachtens ermittelten Prozentsatzes verhältnismässig gekürzt.

Artikel 8 - Widerrufsrecht

Versicherte Personen haben das Recht, ihre Beitrittserklärung innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Deckungsbestätigung zu widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich an Assura oder in einer anderen Form erfolgen, die den Nachweis durch Text ermöglicht, und muss die in Artikel 13.2 beschriebenen Modalitäten einhalten. In diesem Fall besteht zu keiner Zeit eine Versicherungsdeckung und bereits geleistete Deckungsbeiträge werden der versicherten Person ohne Zins zurückerstattet.

Artikel 9 - Obliegenheiten im Schadenfall und Fälligkeit

9.1 Obliegenheiten der versicherten oder anspruchsberechtigten Personen

Die versicherte Person meldet den Eintritt des Schadenfalls an Assura an.

Im Invaliditätsfall hat die versicherte Person auf ihre Kosten den IV-Entscheid sowie ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, auf welchem das Datum des Beginns, die Art, die Entwicklung und die Konsequenzen ihrer Krankheit vermerkt sind.

GENERALI ist berechtigt, sofern es ihr zur Abklärung der Leistungspflicht notwendig erscheint, die versicherte Person durch einen durch sie bestimmten Arzt begutachten zu lassen und bei Dritten zusätzliche Belege und Auskünfte zu verlangen. Mittels einer Vollmacht zu Gunsten von GENERALI muss die versicherte Person zu diesem Zweck insbesondere die Ärzte, die ihn behandeln oder behandelt haben, von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber GENERALI entbinden und sie ebenfalls berechtigen, von den vollständigen Akten der Invalidenversicherung, von Assura sowie der behandelnden Ärzte Kenntnis zu nehmen.

Hat die Krankheit den unmittelbaren oder nachfolgenden Tod des Versicherten zur Folge, so muss/müssen die anspruchsberechtigte(n) Person(en) der GENERALI auf eigene Kosten einen offiziellen Todesschein der versicherten Person und ein detailliertes Zeugnis des behandelnden Arztes, in welchem die Ursache, der Beginn und der Verlauf der Krankheit oder des Körperschadens, welche den Todesfall verursacht hat, vermerkt sind, mittels eines an ihren Sitz (GENERALI Personenversicherungen AG, LP-CCCI, Soodmattenstrasse 2-4, 8134 Adliswil) adressierten Schreibens oder per E-Mail (collective-life.ch@generali.com) zukommen lassen. Wenn sich die versicherte Person zum Todeszeitpunkt nicht in ärztlicher Behandlung befand, müssen zusätzlich zum offiziellen Todesschein geeignete Dokumente eingereicht werden, die die Todesursache und den Verlauf des Ereignisses belegen.

9.2 Fälligkeit

Im Todesfall erfolgt die Auszahlung des Kapitals an die anspruchsberechtigten Personen innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt sämtlicher zur Abklärung der Leistungspflicht notwendigen Angaben und Arztzeugnisse durch GENERALI.

Im Invaliditätsfall erfolgt die Auszahlung des Kapitals an die versicherte Person innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt der Rechtskraft der Verfügung der Invaliditätsversicherung bzw. innerhalb von 6 Monaten nach Erhalt des durch die GENERALI gemäss Artikel 5.3 verlangten unabhängigen Gutachtens.

Mit Ausnahme des Todesfallkapitals (vgl. Artikel 6.2) gilt die versicherte Person immer als anspruchsberechtigte Person.

Der versicherten Personen bzw. der im Todesfall von ihr bezeichneten anspruchsberechtigten Person steht bei Eintritt eines Versicherungsfalles ein selbständiges, direktes Forderungsrecht gegenüber GENERALI zu. Für Leistungen deren Auszahlung durch ein Verschulden der versicherten bzw. der anspruchsberechtigten Person verzögert wird, sind keine Zinsen geschuldet. Leistungen, die zu Unrecht erbracht wurden, sind GENERALI durch die Person(en) zurückzuerstatten, die diese Leistungen erhalten haben.

Artikel 10 - Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall

Verletzten die versicherte oder anspruchsberechtigte Person ihre Pflichten schuldhaft und wird dadurch das Ausmass oder die Feststellung des versicherten Ereignisses negativ beeinflusst, kann GENERALI ihre Leistungen entsprechend kürzen bzw. sie vollständig einstellen, sofern die versicherte oder die anspruchsberechtigte Person nicht beweist, dass das vertragswidrige Verhalten die Folgen und die Feststellung des versicherten Ereignisses nicht beeinflusst hat. Die Leistungspflicht von GENERALI entfällt im Weiteren, wenn dem von GENERALI bestimmten Arzt eine Untersuchung verweigert wird. In diesem Zusammenhang gilt jede Mitteilung an Assura als an GENERALI erfolgt.

Artikel 11 - Deckungsbeitrag

11.1 Grundsatz

Die versicherte Person verpflichtet sich gegenüber Assura, sich an den Kosten des Versicherungsschutzes, die Assura als Versicherungsnehmer anfallen, mit einem an Assura zu entrichteten Deckungsbeitrag zu beteiligen.

11.2 Tarif

Der Deckungsbeitrag hängt von der Versicherungsprämie ab, die Assura an GENERALI zu entrichten hat, wobei dieser auf einem einjährigen Tarif basiert, der nach Altersgruppe und Geschlecht unterteilt ist.

11.3 Tarifierpassungen

Im Falle einer allfälligen Anpassung des Prämientarifs durch GENERALI, passt Assura den Deckungsbeitrag mit Wirkung auf Beginn des folgenden Kalenderjahres entsprechend an. In diesem Fall gibt Assura der versicherten Person die neuen Deckungsbeiträge spätestens 25 Tage vor Ablauf des Kalenderjahres bekannt. Die versicherte Person hat hierauf das Recht, die Versicherungsdeckung auf Ende des laufenden Kalenderjahres zu kündigen. Die Kündigung muss

spätestens am letzten Tag des laufenden Kalenderjahres bei Assura eintreffen. Die Kündigung muss zudem schriftlich oder in einer anderen Form erfolgen, die den Nachweis durch Text ermöglicht, und muss die in Artikel 13.2 beschriebenen Modalitäten einhalten.

Unterlässt die versicherte Person die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Deckungsbeiträge.

11.4 Altersanpassungen

Die Deckungsbeiträge basieren auf dem auf die entsprechende Altersgruppe anzuwendenden Tarif und werden per 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56 oder 61 Jahre alt wird, angepasst.

Das für die Versicherung sowie die Berechnung der Deckungsbeiträge entscheidende Alter der versicherten Person entspricht der Differenz zwischen dem Kalender- und dem Geburtsjahr. Die Erhöhung der Deckungsbeiträge aufgrund des Aufstiegs der versicherten Person in die nächsthöhere, vertraglich vorgesehene Alterskategorie, stellt keinen rechtmässigen Kündigungsgrund im Sinne des Artikels 11.3 dar.

11.5 Im Todesfall einer versicherten Person während der Versicherungsdeckung erstattet Assura den bereits bezahlten Deckungsbeitrag für die Invaliditäts- und die Todesfalldeckung der versicherten Person pro rata temporis zurück. Bei Fälligkeit des Invaliditätskapitals während der Schutzperiode erstattet Assura den bereits bezahlten Deckungsbeitrag für die Invaliditätsdeckung pro rata temporis an die versicherte Person zurück.

Artikel 12 - Fälligkeit des Deckungsbeitrags und Folgen des Zahlungsverzugs

12.1 Der Deckungsbeitrag ist spätestens am ersten Tag der Beginn der Versicherungsdeckung zu bezahlen. Gläubiger des Deckungsbeitrags ist Assura. Schuldner des Deckungsbeitrages gegenüber Assura ist die versicherte Person.

12.2 Wird der Deckungsbeitrag bei Fälligkeit nicht bezahlt, wird die versicherte Person auf ihre Kosten schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, aufgefordert, binnen 14 Tagen, vom Datum der Mahnung angerechnet, in welcher er an die Folgen seiner Säumnis erinnert wird, den fälligen Deckungsbeitrag zu leisten.

12.3 Bezahlte die versicherte Person den fälligen Deckungsbeitrag nicht innert Frist, so ist Assura berechtigt, den Vertrag zwischen Assura und der versicherten Person zwei Monate nach Ablauf der in der Mahnung angesetzten Frist zu kündigen, was die Aufhebung der Versicherungsdeckung Previsia Krankheit zur Folge hat. Die Wiederinkraftsetzung bedarf eine neue Beitrittserklärung.

12.4 Die durch das Mahnverfahren zusätzlich verursachten Verwaltungskosten werden im Umfang von CHF 30.- der versicherten Person auferlegt.

Zusätzlich zu den vom Betreibungsamt erhobenen Betreibungskosten werden der versicherten Person Verwaltungskosten im Umfang von CHF 80 für die Einleitung des Betreibungsverfahrens auferlegt.

Artikel 13 - Schlussbestimmungen

13.1 Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen

Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen dürfen weder abgetreten noch verpfändet werden.

13.2 Mitteilungen

Bis und mit der Meldung des versicherten Schadenfalls nach Massgabe von Artikel 9 der AVB muss jede Mitteilung der versicherten Person an Assura adressiert werden. Die Kündigung durch die versicherte Person kann schriftlich per Brief an den Hauptsitz von Assura in Pully, aber auch per E-Mail oder SMS an die auf www.assura.ch angegebene E-Mail-Adresse oder Telefonnummer erfolgen. Diese Mitteilungen gelten auch als an GENERALI adressiert, was GENERALI ausdrücklich anerkennt. Alle Mitteilungen seitens von Assura oder GENERALI erfolgen an die letzte durch die versicherte Person angegebene gültige Adresse.

13.3 Rückkauf oder Umwandlung

Für diese Versicherungsdeckung besteht weder ein Rückkaufs- noch ein Umwandlungsrecht.

13.4 Keine Überschussbeteiligung der versicherten Person

Für diese Versicherungsdeckung steht der versicherten Person kein Anspruch auf Überschussbeteiligung zu.

13.5 Datenschutz

GENERALI und Assura beachten das Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) und der Datenschutzverordnung (DSV) in Bezug auf sämtliche Informationen, welche sie als selbständige Controller für die versicherte Person beschaffen und bearbeiten.

Mit der Unterzeichnung der Beitrittserklärung ermächtigt die versicherte Person GENERALI und Assura, ihre persönlichen Daten zu erheben, bearbeiten, übertragen und speichern, sofern dies zur Prüfung der Beitrittserklärung, zur Abwicklung / Verwaltung der damit einhergehenden vertraglichen Verpflichtungen, zur Erfüllung des Kollektivvertrags zwischen Generali und Assura und zur Erfüllung regulatorischer / gesetzlicher Anforderungen erforderlich ist.

Die GENERALI und/oder Assura übermittelten Personendaten können für die Prüfung der Beitrittserklärung, für die Bestimmung des Deckungsbeitrages, für die Vertragsverwaltung, für eine etwaige Schadensabwicklung, für sämtliche Handlungen im Zusammenhang mit der Leistungserbringung aus der Versicherungsdeckung und für statistische Auswertungen von GENERALI und/oder Assura verwendet werden.

Eine fallbezogene Weiterleitung an involvierte Dritte in der Schweiz, insbesondere an Mit- und Rückversicherer sowie an andere Gesellschaften der GENERALI-Gruppe und/oder der Assura-Gruppe, Pfandgläubiger, Behörden und Anwälte ist erlaubt. Eine allfällige Weiterleitung an involvierte Dritte im Ausland ist nur zulässig, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Datenschutz und Anhang 1 der Datenschutzverordnung erfüllt sind und damit ein geeigneter Datenschutz gewährleistet wird.

Im Zusammenhang mit einem versicherten Ereignis (z.B. in einem Schadenfall) werden hiermit behandelnde Medizinalpersonen gegenüber der GENERALI durch die versicherte Person bzw. die anspruchsberechtigte Person von ihrer Geheimhaltungspflicht explizit entbunden. Bei Bedarf kann Generali eine zusätzliche Einwilligung zur Datenbeschaffung oder -bearbeitung einholen.

Zum Zweck der Deckungs- und Leistungsprüfung ermächtigt die versicherte Person insbesondere Assura, die zu ihrer Identifizierung notwendigen Daten (Stamm- und Deckungsdaten) und alle zur Abwicklung des jeweiligen Leistungsfalles benötigten Daten an

GENERALI weiterzugeben, mit Ausnahme ihrer Gesundheitsdaten.

Die Daten werden von GENERALI und Assura elektronisch oder physisch in geschützter und vertraulicher Form aufbewahrt. Die Aufbewahrung erfolgt noch während mindestens 10 Jahren nach Vertragsauflösung bzw. nach Erledigung eines Schadenfalles. **Die versicherte Person hat das Recht, von Assura und GENERALI über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen und die durch das DSG verliehenen Rechte auszuüben.** Weitere Informationen zum Datenschutz sind unter www.generali.ch/datenschutz und www.assura.ch/de/datenschutz-der-assura-ag abrufbar.

13.6 Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen

GENERALI ist nicht verpflichtet, einen Schaden zu zahlen oder eine sonstige Leistung aus dem Kollektivvertrag und der damit verbundenen Versicherungsdeckung zu erbringen, wenn Handels- oder Finanz- bzw. Wirtschaftssanktionen, Gesetze oder Vorschriften, Verbote, Einschränkungen oder Resolutionen der UN, der EU, der UK, der USA und/oder der Schweiz (z. B. gemäss EmbG, Gesamtliste der sanktionierten Personen, Unternehmen und Organisationen des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO) es verbieten. Die jeweils aktuelle Liste der Sanktionsbestimmungen sowie der Gebiete, i.Z.m. welchen eine Zahlung aufgrund einer geographischen Begrenzung nicht möglich ist, ist unter generali.ch/sanktionen abrufbar. In diesem Fall ruht die Leistungspflicht. Sie lebt wieder auf, wenn das Verbot aufgehoben ist.

13.7 Erfüllungsort, Gerichtsbarkeit und Gerichtsstand

Die Pflichten aus dem Vertragsverhältnis zwischen Assura und der versicherten Person, die Pflichten der versicherten Personen und die Versicherungsleistungen von GENERALI aus «Previsia Krankheit» sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen. Gerichtsstand für Streitigkeiten aus dem Vertrag zwischen Assura und der versicherten Person betreffend den Deckungsbeitrag ist am Sitz von Assura in Pully oder alternativ am Wohnsitz der versicherten Person. Gerichtsstand für Streitigkeiten zwischen der versicherten Person oder der anspruchsberechtigten Person und GENERALI betreffend Versicherungsleistungen aus «Previsia Krankheit» ist am Sitz von GENERALI in Horgen oder alternativ am Wohnsitz der versicherten Person oder der anspruchsberechtigten Person.

Generali Personenversicherungen AG Assura AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Einzel-Unfallversicherung für Erwachsene und Kinder

Previsia Maxi

Ausgabe 01.2020 – Anpassung 01.2022

DEFINITIONEN

- KVG:** Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994
- UVG:** Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981
- IVG:** Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959
- MVG:** Bundesgesetz über die Militärversicherung vom 19. Juni 1992
- VVG:** Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908

VERSICHERUNGSBEREICH

Artikel 1 - Versicherungsgrundlage

1.1 Die Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers, der versicherten Person und der anspruchsberechtigten Person werden in der Versicherungspolice und in den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

1.2 Bei Fehlen ausdrücklicher Vertragsbestimmungen ist das VVG anwendbar.

Artikel 2 - Leistungsbereich

Die in der Police namentlich erwähnte Person ist im Umfang der vereinbarten Leistungen versichert.

Artikel 3 - Versicherte Ereignisse

Im Rahmen der nachstehenden Bedingungen sind versichert:

- berufsunfälle im Sinne des UVG
- nichtberufsunfälle im Sinne des UVG
- berufskrankheiten im Sinne des UVG
- ertrinken
- erfrierungen
- unfallähnliche Körperschädigungen im Sinn des UVG.

Artikel 4 - Deckungsausschlüsse

4.1 Von der vorliegenden Versicherung ausgeschlossen sind Unfälle:

- anlässlich von Kriegsereignissen in der Schweiz.
- anlässlich von Kriegsereignissen in anderen Ländern, ausser der Unfall ereignet sich binnen 14 Tagen seit Beginn der Kampfhandlungen.

- anlässlich von innenpolitischen Unruhen (Gewaltakte gegen Personen und Sachen, Menschenaufläufe, Schlägereien oder Krawalle) und der dagegen ergriffenen Massnahmen, ausser die versicherte Person beweist, dass sie nicht auf Seiten der Unruhestifter aktiv oder durch Anzettlung an diesen Unruhen beteiligt war.
- bei Erdbeben
- **bei der Ausübung eines Sports mit oder ohne Motorfahrzeug, für welche die versicherte Person vergütet wird.**
- die auf ein Wagnis zurückzuführen sind. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Die im Rahmen der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) geltende Rechtsprechung und Doktrin sind sinngemäss anwendbar, um das Vorliegen eines Wagnisses abzuklären.
- im Dienste einer ausländischen Armee.
- anlässlich von Verbrechen oder Vergehen, die von der versicherten Person verübt werden.
- infolge ionisierender Strahlen jeglicher Art.
- **infolge medizinischer oder chirurgischer Eingriffe**, ausser diese sind infolge eines versicherten Unfalles notwendig.
- infolge der Einnahme oder Injektion von Medikamenten, Drogen oder chemischen Produkten, die nicht ärztlich verordnet wurden.
- anlässlich des Lenkens von Verkehrsmitteln durch die versicherte Person, wenn diese nicht im Besitz der behördlich verlangten Ausweise und Bewilligungen ist.

4.2 Von der Versicherung ausgeschlossen sind Unfallfolgen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind.

Artikel 5 - Leistungsanspruch nach Erlöschen der Versicherungsdeckung

Assura AG erbringt bei noch nicht abgeschlossenen Unfallbehandlungen Leistungen über das Ende der Versicherungsdeckung hinaus.

Artikel 6 - Gebietsbereich

Weltweit. Bei Reisen oder Aufenthalt im Ausland ist sie jedoch nur während 12 Monaten gültig.

VERSICHERTE LEISTUNGEN

Artikel 7 – Todesfall

7.1 Stirbt eine versicherte Person infolge eines Unfalles, überweist Assura AG das vereinbarte Todesfallkapital dem vom Versicherungsnehmer in der Police oder in einer späteren Verfügung genannten Begünstigten. Wurde kein Begünstigter bestimmt, gelten die nachstehend genannten Personen in folgender Reihenfolge als anspruchsberechtigt:

- der Ehegatte oder der eingetragene Partner
- die Kinder, einschliesslich Adoptivkinder
- die Eltern
- die Geschwister

Fehlen die vorgenannten Begünstigten, zahlt Assura AG die Hälfte der versicherten Summe an:

- die Grosseltern.

Sind keine Begünstigten vorhanden (es wurde weder ein Begünstigter bestimmt noch existieren Begünstigte der oben erwähnten Kategorien), vergütet Assura AG die Bestattungskosten, jedoch höchstens bis zu 10% der Versicherungssumme.

7.2 Sind Kinder anspruchsberechtigt, für die der Versicherungsnehmer unterstützungspflichtig war, überweist Assura AG das vereinbarte Todesfallkapital ein zweites Mal zu gleichen Teilen an diese Kinder, wenn dasselbe Ereignis den Tod der versicherten Person und ihres Ehegatten zur Folge hat.

7.3 Keinen Anspruch auf das Kapital haben Begünstigte, die den Tod der versicherten Person durch ein Verbrechen oder ein Vergehen absichtlich herbeigeführt haben.

7.4 Ein für das gleiche Ereignis bereits bezahltes Invaliditätskapital wird vom geschuldeten Todesfallkapital abgezogen.

7.5 Stirbt das versicherte Kind, bevor es zwei Jahre und sechs Monate alt ist, so darf Assura AG ein Todesfallkapital von höchstens CHF 2'500 auszahlen. Stirbt das Kind, bevor es das zwölfte Lebensjahr vollendet hat, so darf Assura AG aus sämtlichen bestehenden Versicherungen auf das Leben des Kindes ein Todesfallkapital von höchstens CHF 20'000 auszahlen.

Artikel 8 - Invalidität

8.1 Erleidet die versicherte Person infolge eines Unfalles eine dauernde erhebliche Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, bezahlt Assura AG im Falle einer Vollinvalidität ein der Versicherungssumme entsprechendes Kapital. Im Falle einer Teilinvalidität wird das Kapital entsprechend dem Invaliditätsgrad reduziert. Begründet der gleiche Unfall auch einen Anspruch auf Leistungen gemäss UVG und dessen Verordnungen, ist die vom UVG-Versicherer auf Basis von Art. 24 UVG ermittelte medizinisch-theoretische Invalidität für die Bemessung der Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität massgebend. In den anderen Fällen wird die medizinisch-theoretische Invalidität gemäss dem nachfolgenden Art. 8.2 bemessen.

8.2 Berechnung und Geltendmachung des Kapitals im Invaliditätsfall: Für die Berechnung des Invaliditätsgrades sind folgende Grundsätze massgebend:

8.2.1 Eine Vollinvalidität liegt vor, wenn jede Berufsausübung wegen Verlusts oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit beider Beine oder beider Füsse, beider Arme oder beider Hände sowie wegen Verlusts oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit eines Armes oder einer Hand, eines Beines oder eines Fusses, wegen vollständiger Erblindung, vollständiger Lähmung oder unheilbarer Geistesstörung nicht mehr möglich ist.

8.2.2 Bei Teilinvalidität wird der Invaliditätsgrad nach folgenden Prozentsätzen der Vollinvalidität bestimmt:

- Verlust oder vollständige Gebrauchsunfähigkeit
- eines Armes im Ellbogengelenk oder oberhalb desselben 70%
- eines Vorderarmes oder einer Hand 60%
- eines Daumens 22%
- eines Zeigefingers 15%
- eines anderen Fingers 8%
- eines Beines oberhalb des Kniegelenks 60%
- eines Beines im Kniegelenk oder unterhalb desselben 50%
- eines Fusses 40%
- eines grossen Zehens 8%
- eines anderen Zehens 3%
- der Sehkraft eines Auges 30%
- der Sehkraft des zweiten Auges bei einem Einäugigen 50%
- des Gehörs auf beiden Ohren 60%
- des Gehörs auf einem Ohr 15%
- des Gehörs auf einem Ohr, wenn dasjenige auf dem anderen Ohr bereits vor dem Unfall vollständig verloren war 30%

8.2.3 Bei nur teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Invaliditätsgrad entsprechend herabgesetzt.

8.2.4 Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile werden die entsprechenden Prozentsätze zusammengezählt. Der Invaliditätsgrad kann jedoch 100% nicht übersteigen.

8.2.5 Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen wird der Invaliditätsgrad durch den Arzt unter Berücksichtigung der oben erwähnten Prozentsätze bestimmt. Im Falle von Uneinigkeiten in Bezug auf die Schlussfolgerungen des Arztes behält sich Assura AG das Recht vor, einen Sachverständigen zu beauftragen.

8.2.6 Waren die durch den Unfall betroffenen Körperteile bereits vor dem Unfall teilweise oder vollständig verloren oder gebrauchsunfähig, wird der Invaliditätsgrad nach Abzug des vorbestehenden Invaliditätsgrades nach den oben erwähnten Grundsätzen bestimmt.

8.3 Das nach den obigen Art. 8.1 oder 8.2 geschuldete Invaliditätskapital wird nach der folgenden Skala bestimmt:

- Variante I (progressive Bemessung) für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalles noch nicht das 65. Altersjahr erreicht haben.
- Variante II (proportionale Bemessung) für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 65. Altersjahr überschritten haben.

Kapital			Kapital			Kapital			Kapital		
Grad	Variante		Grad	Variante		Grad	Variante		Grad	Variante	
Inv.	I	II	Inv.	I	II	Inv.	I	II	Inv.	I	II
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	1	26	28	26	51	105	51	76	230	76
2	2	2	27	31	27	52	110	52	77	235	77
3	3	3	28	34	28	53	115	53	78	240	78
4	4	4	29	37	29	54	120	54	79	245	79
5	5	5	30	40	30	55	125	55	80	250	80
6	6	6	31	43	31	56	130	56	81	255	81
7	7	7	32	46	32	57	135	57	82	260	82
8	8	8	33	49	33	58	140	58	83	265	83
9	9	9	34	52	34	59	145	59	84	270	84
10	10	10	35	55	35	60	150	60	85	275	85
11	11	11	36	58	36	61	155	61	86	280	86
12	12	12	37	61	37	62	160	62	87	285	87
13	13	13	38	64	38	63	165	63	88	290	88
14	14	14	39	67	39	64	170	64	89	295	89
15	15	15	40	70	40	65	175	65	90	300	90
16	16	16	41	73	41	66	180	66	91	305	91
17	17	17	42	76	42	67	185	67	92	310	92
18	18	18	43	79	43	68	190	68	93	315	93
19	19	19	44	82	44	69	195	69	94	320	94
20	20	20	45	85	45	70	200	70	95	325	95
21	21	21	46	88	46	71	205	71	96	330	96
22	22	22	47	91	47	72	210	72	97	335	97
23	23	23	48	94	48	73	215	73	98	340	98
24	24	24	49	97	49	74	220	74	99	345	99
25	25	25	50	100	50	75	225	75	100	350	100

Artikel 9 - Taggeldversicherung bei Arbeitsunfähigkeit

9.1 Im Falle einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bezahlt Assura AG für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit das vereinbarte Taggeld pro Kalendertag.

9.2 Im Falle einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit reduziert sich das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsfähigkeit.

9.3 Für den Unfalltag selbst werden keine Leistungen entrichtet. Die vereinbarte Wartefrist beginnt am Tag, an dem die

Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wurde, frühestens aber am Tag nach dem Unfall.

9.4 Der Anspruch auf Leistungen erstreckt sich im Höchstfall auf 720 Tage pro Unfall binnen 5 Jahren ab dem Unfalltag. Für die Berechnung der Wartefrist werden die Tage der vollständigen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit als ganze Tage gezählt und nicht an die Dauer des Leistungsanspruches angerechnet.

9.5 Die Folgen eines Unfalls gelten bezüglich Leistungsdauer und Wartefrist als neuer Fall, wenn die versicherte Person vor dem Rückfall infolge dieses Unfalls für 12 Monate nicht arbeitsunfähig war. Bei einem Rückfall innerhalb von 12 Monaten entfällt die Wartefrist und bereits bezogene Leistungen werden in die Berechnung der maximalen Leistungsdauer miteinbezogen.

Artikel 10 - Tagespauschale im Falle eines Spitalaufenthaltes

10.1 Für die medizinisch notwendige Dauer des Spitalaufenthaltes und binnen 5 Jahren ab Unfalltag vergütet Assura AG die vereinbarte Tagespauschale.

10.2 Assura AG gewährt die vereinbarte Tagespauschale auch im Falle von Kuren, die ärztlich verordnet und mit ihrer Zustimmung in einer spezialisierten Einrichtung durchgeführt werden.

10.3 Im Falle eines nach einem Spitalaufenthalt ärztlich verordneten Erholungsaufenthaltes bezahlt Assura AG während höchstens 4 Wochen 50% der vereinbarten Tagespauschale.

10.4 Wird die versicherte Person zu Hause von einer medizinischen Pflegeorganisation betreut und kann aus diesem Grunde ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, bezahlt Assura AG während höchstens 180 Tagen 50% der vereinbarten Tagespauschale.

10.5 Die vereinbarte Tagespauschale bei Spitalaufenthalt im Sinne von Art. 10.1 wird verdoppelt:

- bei Unfällen, die sich im Ausland ereignen und solange ein Spitalaufenthalt vor Ort medizinisch notwendig ist
- im Falle eines gleichzeitigen Spitalaufenthaltes der versicherten Person und ihres Ehegatten infolge desselben Unfalles.

Artikel 11 - Heilungskosten und diverse Kosten

11.1 Assura AG erbringt die folgenden Leistungen zeitlich unbeschränkt und unter Vorbehalt einer Beschränkung der Deckungssumme unlimitiert:

11.1.1 Heilungskosten in der Schweiz

Assura AG übernimmt die Kosten für notwendige Behandlungen, die durch einen Arzt, Chiropraktor oder Zahnarzt durchgeführt oder verschrieben werden, sowie die Kosten für Behandlung, Aufenthalt und Verpflegung in der Privatabteilung (1-Bett-Zimmer) eines Spitals oder einer Klinik.

11.1.2 Heilungskosten im Ausland

Assura AG übernimmt auf Vorweisen einer detaillierten Rechnung notwendige ambulante oder stationäre Behandlungen, wenn sich der versicherte Unfall im Ausland ereignet.

Auf Vorweisen einer detaillierten Rechnung eines Leistungserbringers eines Mitgliedstaates der Europäischen Union (EU) oder der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) übernimmt Assura AG zudem jenen Beitrag, den die versicherte Person in Anwendung der Gesetzgebung des Aufenthaltslandes zu tragen hat (Franchise, Selbstbehalt usw.).

11.1.3 Besondere Leistungen bei Unfällen im Ausland

Wird die versicherte Person im Ausland ins Spital eingeliefert und kann sie aus medizinischen Gründen nicht in die Schweiz verlegt werden, übernimmt Assura AG die zusätzlichen Kosten für

- die Verlängerung des Aufenthaltes eines Familienangehörigen beziehungsweise einer Person, welche die versicherte Person am Ort der Hospitalisierung begleitet
- den Transport und den Aufenthalt eines nahen Familienmitgliedes der versicherten Person (Ehegatte, Eltern, Geschwister, Kinder oder Lebenspartner) an den Ort der Hospitalisierung, sofern der Aufenthalt im Spital länger als 7 Tage dauert.

11.1.4 Beitrag an die Unterhaltskosten

Assura AG vergütet den gemäss UVG und MVG von der versicherten Person zu leistenden Beitrag an die Unterhaltskosten bei einem Spitalaufenthalt.

11.1.5 Kosten für Komplementärmedizin

Assura SA übernimmt folgende anerkannten Therapien (abschliessende Liste):

- Akupressur
- Akupunktur
- Aromatherapie
- Bioresonanz
- Lymphdrainage
- Etiopathie
- Fasciatherapie – Pulsologie

- Homöopathie
- Iridologie
- Kinesiologie
- Chinesische Medizin
- Mesotherapie
- Orthobionomy
- Osteopathie
- Phytotherapie
- Reflexzonenmassage
- Serocytotherapie
- Shiatsu
- Heilende Sophrologie
- Sympathicotherapie
- Craniosacral-Therapie
- Neuraltherapie

Nur auf ärztliche Verordnung:

- Heileurhythmie
- Eutonie

Die Kostenübernahme erfolgt unter der Voraussetzung, dass die erwähnten Therapien von Mitgliedern anerkannter und im Anhang 1 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführter Berufsverbände oder Therapeuten durchgeführt werden. Dieser Anhang ist integrierender Bestandteil des Vertrages. Er kann einer einseitigen Änderung durch den Versicherer unterworfen sein, namentlich zur Anpassung an eine Änderung des Kreises der Leistungserbringer. In diesen Fällen erwachsen keine Kündigungsansprüche für die Versicherten.

Der Anhang kann jederzeit über die Website von Assura AG oder auf Anfrage telefonisch oder in den Niederlassungen von Assura AG bezogen werden.

11.1.6 Krankenpflege zu Hause

Assura AG vergütet einen Höchstbetrag von CHF 300 pro Tag, wenn die versicherte Person eine vom Arzt verschriebene und durch eine medizinische Pflegeorganisation durchgeführte Behandlung beansprucht.

11.1.7 Haushaltshilfe

Bei einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% vergütet Assura AG die Kosten für die Haushaltsführung durch einen Betreuungsdienst bis zu einem Betrag von CHF 80 pro Tag, aber höchstens bis CHF 6'000 pro Fall.

11.1.8 Kinderbetreuung

Wird eine versicherte erwachsene Person ins Spital eingeliefert, vergütet Assura AG die Kosten für die Betreuung durch eine offizielle Organisation von Kindern bis 15 Jahren, die im gleichen Haushalt leben, bis zu einem Betrag von CHF 80 pro Tag, aber höchstens bis CHF 6'000 pro Fall.

11.1.9 Kosten für die Begleitung im Spital

Wird ein minderjähriges versichertes Kind ins Spital eingeliefert, übernimmt Assura AG die Kosten für die Übernachtung der Begleitung im Spital bis zu einer Höhe von CHF 100 pro Tag, aber höchstens bis CHF 3'000 pro Fall.

Dasselbe gilt für die Kosten für ein Kind unter 5 Jahren, das mit seiner verunfallten Mutter oder seinem verunfallten Vater im Spital übernachten muss.

11.1.10 Betreuung der Kinder zu Hause

Wird ein versichertes Kind zu Hause gepflegt, deckt Assura AG während 6 Monaten bis zu einem Betrag von CHF 80 pro Tag auch die zusätzlichen Ausgaben für Betreuer, die von einer Organisation zur Verfügung gestellt werden. Ist das Kind im schulpflichtigen Alter, muss es ausserstande sein, die Schule zu besuchen.

11.1.11 Kuren und Erholungsaufenthalte

Assura AG übernimmt vollumfänglich die Kosten für ärztlich verordnete Behandlungen in der Schweiz und im Aus-land. Die zusätzlichen Kosten für Aufenthalt und Verpflegung werden bis zu einer Höhe von CHF 200 pro Tag, aber höchstens bis CHF 6'000 pro Fall übernommen.

11.1.12 Hilfsmittel

Sofern der Unfall eine ärztliche Behandlung oder einen Spitalaufenthalt nach sich gezogen hat, übernimmt Assura AG die Kosten für den Ersterwerb von Prothesen, Brillen, Hörgeräten und orthopädischen Hilfsmitteln sowie die Kosten für deren Reparatur oder Ersatz, wenn diese bei einem versicherten Unfall beschädigt oder zerstört wurden. Die Kosten für die Miete von Krankmobiliar sind ebenfalls gedeckt.

11.1.13 Zahnärztliche Behandlung

Assura AG übernimmt die Kosten für zahnärztlich durchgeführte oder verordnete Behandlungen. Bei Kindern übernimmt Assura AG die Kosten der provisorischen Behandlung sowie der definitiven Versorgung, wenn die Behandlung vor dem vollendeten 22. Altersjahr der versicherten Person durchgeführt wird.

11.1.14 Eingriffe der plastischen Chirurgie

Assura AG deckt bis zu einer Höhe von CHF 60'000 pro Fall die Kosten für Eingriffe der plastischen Chirurgie, die sich nach einem Unfall als medizinisch notwendig erweisen.

11.1.15 Kosten für Suche und Rettung.

Die Assura AG deckt die notwendigen Such- und Rettungskosten bis zu einer Höhe von CHF 60'000.

11.1.16 Transportkosten

Assura AG übernimmt die Kosten von medizinisch indizierten Transporten, welche den medizinischen Anforderungen entsprechend erfolgen, wenn der Gesundheitszustand der versicherten Person den Transport in einem öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht erlaubt. Von Familienmitgliedern durchgeführte Transporte werden nicht entschädigt.

11.1.17 Transport der sterblichen Überreste

Assura AG übernimmt die Kosten für den Transport der sterblichen Überreste bis zum Wohnort der versicherten Person in der Schweiz. Die amtlichen und administrativen Kosten einer allfälligen Rückführung des Leichnams sind ebenfalls gedeckt.

11.1.18 Materialschäden

Sofern der Unfall eine ärztliche Behandlung oder einen Spitalaufenthalt nach sich gezogen hat, deckt die Assura AG bei einem versicherten Unfall die Ausgaben für Reinigung, Reparatur oder Ersatz (Neuwert) von Kleidern oder anderen beschädigten persönlichen Effekten der versicherten Person bis zu einer Höhe von CHF 6'000 pro Schadenfall. Ebenfalls gedeckt sind die Kosten für die Reinigung eines Fahrzeugs oder anderer Objekte von Privatpersonen, die sich um die Rettung und den Transport der versicherten Person gekümmert haben.

11.1.19 Schulische Unterstützung

Ist die minderjährige versicherte Person während eines Monats oder länger nicht in der Lage, den Schulunterricht zu besuchen, beteiligt sich Assura AG an den Kosten für Nachhilfestunden, die von einer Fachperson erteilt werden. Die Beteiligung von Assura AG beläuft sich auf CHF 50 pro Tag und maximal CHF 3'000 pro Kalenderjahr.

11.1.20 Hilfeleistung im Ausland und Rückführung

Die Kosten für Hilfeleistung und Rückführung einer versicherten Person sind gemäss der Hilfeleistungsvereinbarung zwischen Assura AG und der Hilfeleistungsorganisation, deren Bestimmungen integraler Bestandteil der vorliegenden AVB bilden, gedeckt.

11.2 Die in Art. 11 genannten Leistungen werden im Rahmen einer Schadenversicherung übernommen und von Assura AG nur gegen Vorlage der entsprechenden Rechnungen und unter Berücksichtigung der tatsächlich vom Versicherungsnehmer beziehungsweise der versicherten Person getragenen Kosten vergütet.

11.3 Übernimmt eine Sozialversicherung die Kosten (namentlich KVG, UVG, IVG, MVG), erbringt Assura AG nur ergänzende Leistungen.

11.4 Die gemäss KVG erhobenen Franchisen und Kostenbeteiligungen zu Lasten der versicherten Person werden von Assura AG nicht entschädigt.

11.5 Die Leistungskürzungen gemäss UVG werden nicht kompensiert.

11.6 Existieren andere Unfallversicherungen gemäss VVG, erbringt Assura AG ihre Leistungen lediglich anteilmässig.

Artikel 12 - Verhältnis zu anderen Versicherern oder Dritten

Kosten, für die haftpflichtige Drittpersonen oder deren Versicherung aufgekommen sind, werden nicht auf der Grundlage des vorliegenden Vertrages zurückerstattet. Haftet Assura AG an Stelle des Haftpflichtigen, muss die versicherte Person ihre Rechte bis zur Höhe der von Assura AG erbrachten Leistungen an Letztere abtreten.

SCHADENFÄLLE

Artikel 13 - Schadenabwicklung

13.1 Bei einem Unfall ist Assura AG sofort schriftlich zu informieren.

13.2 Die versicherte oder anspruchsberechtigte Person hat alle notwendigen Massnahmen zur Klärung der Umstände des Unfalles und dessen Folgen zu treffen. Insbesondere hat sie die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber Assura AG zu entbinden und sich Untersuchungen durch einen von Assura AG bezeichneten Arzt zu unterziehen.

13.3 Die versicherte Person oder der Anspruchsberechtigte muss an Assura AG Kopien von Abrechnungen, Rechnungen sowie anderen Dokumenten, die für bzw. von KVG-, UVG-, IVG- und MVG-Versicherern erstellt wurden, übermitteln.

13.4 Assura AG ist zur Erstellung der Leistungsabrechnung in jedem Fall auf detaillierte Rechnungen mit Angabe der Behandlungsdaten, der Diagnose, der erbrachten medizinischen Leistungen, des Betrags pro Leistung sowie von Name, Adresse und Telefonnummer des ausländischen Leistungserbringers angewiesen. Werden diese Informationen nicht innert einer angemessenen, von Assura AG festgelegten Frist zur Verfügung gestellt, ist Assura AG befugt, die

Leistungen abzulehnen. Assura AG ist berechtigt, die Originalrechnungen und erforderlichenfalls auf Kosten der versicherten Person die Übersetzung von in einer anderen Sprache verfassten Dokumenten in eine der vier Landessprachen oder ins Englische zu verlangen.

13.5 Bei einem infolge eines Unfalles sofort oder als Folge eingetretenen Todesfall ist Assura AG innert 30 Tagen per Telefon oder E-Mail zu benachrichtigen. Assura AG kann auf ihre Kosten verlangen, dass eine Autopsie unter Beizug eines Arztes ihrer Wahl durchgeführt wird.

Artikel 14 - Unfallfremde Umstände

Ist der Unfall nur teilweise Ursache des Todes oder der Invalidität, werden die Leistungen proportional gekürzt, falls erforderlich auf Grundlage eines medizinischen Gutachtens.

Artikel 15 - Schweres Verschulden

Die Assura AG verzichtet auf ihr gesetzliches Recht, die Leistungen zu kürzen.

BEGINN, DAUER UND ERLÖSCHEN DER VERSICHERUNG

Artikel 16 - Beginn und Ende der Versicherungsdeckung

16.1 Der Leistungsanspruch beginnt an dem in der Versicherungspolice genannten Datum. Massgebend für den Anspruch auf die in obgenannten Art. 7 und 8 aufgeführten Leistungen ist, dass der die Invalidität bzw. den Tod verursachende Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten ist.

16.2 Bei Ablauf der ursprünglich vereinbarten in der Police vermerkten Vertragsdauer verlängert sich die Versicherung jeweils stillschweigend um ein Jahr.

Artikel 17 - Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland

Verlegt die versicherte Person ihren gesetzlichen Wohnsitz ausserhalb der Schweiz, erlischt ihr Versicherungsschutz am Ausreisedatum, das der zuständigen kommunalen oder kantonalen Behörde mitgeteilt wurde.

Artikel 18 - Kündigung des Vertrages

18.1 Durch den Versicherungsnehmer:

- Bei Ablauf der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer und danach auf Ende jedes Kalenderjahres schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, und unter Einhaltung der Bestimmungen von Art. 24.2. Die Kündigung muss mindestens drei Monate vor Ablauf der Vertragsdauer bei Assura AG eintreffen.
- Nach jedem Schadenfall, für den Assura AG eine Leistung erbringt. Die Kündigung muss schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, und unter Einhaltung der Modalitäten von Art. 24.2 innerhalb von 14 Tagen nach Kenntnisnahme der Auszahlung seitens des Versicherungsnehmers erfolgen. Im Falle einer Kündigung erlischt der Vertrag 14 Tage nach der Mitteilung der Kündigung an Assura AG.

18.2 Durch den Versicherer:

- Assura AG verzichtet auf das ihr in Art. 42 VVG eingeräumte Recht auf Kündigung des Vertrages im Schadenfall, sofern keine Anzeigepflichtverletzung und

kein Missbrauch oder versuchter Missbrauch seitens der versicherten Person vorliegt.

PRÄMIEN

Artikel 19 - Prämie

19.1 Die Prämie ist im Voraus spätestens am in der Police vereinbarten Fälligkeitsdatum zu bezahlen. Die Zahlung hat gemäss den von Assura AG angegebenen Modalitäten zu erfolgen.

19.2 Die erste Prämie ist am Tag des Inkrafttretens des Vertrages fällig.

19.3 Bei einer Vertragsauflösung erstattet Assura AG den Prämienanteil für die Zeit der nicht beanspruchten Versicherungsdeckung zurück und verzichtet auf die Einforderung erst zukünftig zu bezahlender Raten. Im Falle einer Kündigung im Schadenfall durch den Versicherungsnehmer ist Art. 42 VVG anwendbar.

Artikel 20 - Zahlungsverzug und Folgen

20.1 Wird die Prämie bei Fälligkeit nicht bezahlt, wird der Versicherungsnehmer schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht aufgefordert, die Zahlung innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung, in welcher er an die Folgen seiner Säumnis erinnert wird, vorzunehmen. Die durch das Mahnverfahren entstehenden Verwaltungskosten werden im Umfang von CHF 10 dem Versicherungsnehmer auferlegt.

20.2 Bleibt die Mahnung wirkungslos, ruht die Leistungspflicht von Assura AG vom Ablauf der in Art. 20.1 erwähnten Frist an. Die Leistungspflicht ruht bis zur vollständigen Begleichung der Prämie, der Kostenbeteiligungen sowie der Verzugszinsen. Der Versicherungsnehmer erhält eine Leistungsaufschubsanzeige, mit der ihm die Folgen seiner Zahlungssäumnis in Erinnerung gerufen werden und ihm eine letzte Frist von 10 Tagen gewährt wird, um ein Betreibungsverfahren oder eine Vertragskündigung zu vermeiden. Die Kosten für die Leistungsaufschubsanzeige von CHF 30 gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.

20.3 Die durch das beim Betreibungsamt eingereichte Betreibungsbegehren verursachten Verwaltungskosten in der Höhe von CHF 80 gehen zusätzlich zu den direkt vom Betreibungsamt in Rechnung gestellten Kosten zulasten der versicherten Person.

20.4 Assura kann sich je nach den Umständen bereit erklären, die zuständige Behörde um Löschung einer ursprünglich gerechtfertigten Betreibung zu ersuchen. Gegebenenfalls zahlt der Versicherungsnehmer an Assura AG einen Pauschalbetrag von CHF 20 zur Deckung der Verwaltungskosten dieses Verfahrens.

Artikel 21 - Prämienbefreiung

Stirbt der Versicherungsnehmer während der Laufzeit der Versicherung, kommt Assura AG für die zukünftigen Previsia-Maxi-Prämien des versicherten Kindes auf, bis die Deckung

gemäss Police endet, spätestens aber bis zum Ende des Kalenderjahres, in welchem das versicherte Kind das 18. Altersjahr vollendet.

Artikel 22 - Wechsel in eine andere Altersklasse

Eine altersabhängige Prämienanpassung erfolgt auf den 1. Januar des Jahres, das auf die Vollendung des 18. Lebensjahres der versicherten Person folgt. Artikel 23 kommt in diesem Fall zur Anwendung.

Artikel 23 - Prämienanpassung

23.1 Die Prämien werden grundsätzlich in Abhängigkeit von Kriterien wie Alter, Beruf und Geschlecht der versicherten Person festgelegt.

23.2 Assura AG kann die Prämientarife abhängig vom Kosten- und Schadenverlauf sowie von Gesetzesänderungen anpassen.

23.3 Wird die Prämie aufgrund einer Tarifänderung oder einer Änderung der Kriterien angepasst, ist Assura AG berechtigt, die Prämienanpassung auf den Beginn eines Kalenderjahres vorzunehmen.

23.4 Die neue Prämie wird dem Versicherungsnehmer mindestens 25 Tage vor ihrem Inkrafttreten mitgeteilt. Wird die Prämie erhöht, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag auf Ende des Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung muss schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht erfolgen und die in Art. 24.2 beschriebenen Modalitäten einhalten. Sie muss bei Assura AG spätestens am Tag vor Inkrafttreten der neuen Prämie, das heisst spätestens am 31.12., eingehen.

SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Artikel 24 - Mitteilungen

24.1 Sämtliche Mitteilungen an Assura AG sind an ihren Hauptsitz zu richten.

24.2 Die Kündigung durch den Versicherungsnehmer kann schriftlich per Brief an den Hauptsitz von Assura AG in Pully, aber auch per E-Mail oder SMS an die auf www.assura.ch angegebene E-Mail-Adresse oder Telefonnummer erfolgen.

24.3 Mitteilungen von Assura AG erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer und der versicherten Person zuletzt angegebene Adresse.

Artikel 25 - Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten anerkennt Assura AG sowohl ihren Sitz als auch den Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder der anspruchsberechtigten Person in der Schweiz als Gerichtsstand.

Assura AG

ANHANG 1 zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherung Previsia Maxi

Ausgabe 01.2020 – Anpassung 01.2022

Anerkannte Berufsverbände und Therapeuten

(Ziffer 11.1.5 BVB)

- ASCA, Schweizerische Stiftung für Komplementärmedizin
Erforderlicher Titel: Praktizierung einer der in Abschnitt A genannten Therapien
- Association des praticiens en thérapies naturelles (APTN)
Erforderlicher Titel: Diplom Mitglied A
- Schweizer Verband der anerkannten Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker (SVANAH)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Internationaler Therapeutenverband APM nach Penzel und energetische Medizin e.V.
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Europe-Shanghai College of Traditional Chinese Medicine (Akupunktur)
Erforderlicher Titel: Diplom oder Doktorat
- Association internationale de drainage lymphatique manuel selon la méthode originale du docteur Emile Vodder (AIDMOV)
Erforderlicher Titel: Therapeutisches Zertifikat
- Schweizerischer Verband der Osteopathen (SVO)
Erforderlicher Titel: Ordentliches Mitglied
- Homöopathie Verband Schweiz (HVS)
Erforderlicher Titel: Aktives Mitglied
- KineSuisse, Berufsverband für Kinesiologie
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Schweizerischer Verband Nicht-Medizinische Kinesiologie (SVNMK)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Schweizerische Berufsorganisation für Traditionelle Chinesische Medizin (SBO-TCM)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Schweizerischer Verband für Ortho-Bionomy (SVOB)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Associations cantonales des infirmières réflexologues
Erforderliche Titel: Diplom als Pflegefachfrau und Reflexzonenmassage-Zertifikat
- Schweizerischer Verband für Fussreflexzonen-Massage (SVFM)
Erforderliche Titel: Diplom als Pflegefachfrau und des Verbandes
- Shiatsu-Gesellschaft Schweiz (SGS)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Association Romande de Sophrologie-bio-Dynamique
Erforderlicher Titel: Diplom in therapeutischer oder erziehender medizinischer Sophrologie
- Heileurythmie Berufsverband Schweiz (HEBV)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Schweizerischer Berufsverband für Eutonie Gerda Alexander (SBEGA)
Erforderlicher Titel: Diplom
- Cranio Suisse (Schweizerische Gesellschaft für Craniosacral Therapie)
Erforderlicher Titel: Praktizierendes Mitglied als Craniosacral Therapeut Cranio Suisse
- OSTEO-SWISS
Erforderlicher Titel: Aktives Mitglied
- Association Suisse des Fasciathérapeutes (ASFascia)
Erforderlicher Titel: Aktives Mitglied
- Sophrologie Suisse
Erforderlicher Titel: Diplom in medizinischer Sophrologie
- Schweizerische Gesellschaft für Energie-, Bioresonanz- und Informationsmedizin (SEBIM)
Erforderlicher Titel: Ordentliches Mitglied
- Akademie für Naturheilkunde Basel
Erforderlicher Titel: Diplom

Individuell werden ebenfalls Chiropraktoren, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen mit entsprechenden Berufsausübungsbewilligungen anerkannt, die zusätzlich eine mindestens den Anforderungen der oben erwähnten Berufsverbände entsprechende spezialisierte Ausbildung vorweisen können.

Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung (mit subsidiärer Unfalldeckung)

Complementa Extra

Zusatzversicherung für erweiterte Leistungen

Ausgabe 07.2015

Artikel 1 – Medizinische Behandlungen

1.1 In Ergänzung zu den Leistungen im Rahmen des KVG, UVG, IVG oder MVG übernimmt die Assura AG bei Krankheit und Unfall die Kosten eines Aufenthaltes in der allgemeinen Abteilung sowie teilstationäre oder ambulante Behandlungen in einem öffentlichen Spital in der Schweiz.

1.2 Die versicherte Person muss sich in einer für die benötigten Pflegeleistungen geeigneten Einrichtung oder Spitalabteilung behandeln lassen. Andernfalls werden die Leistungen nach dem Tarif des angemessenen, ihrem Wohnort nächstgelegenen öffentlichen Spitals berechnet.

1.3 Die Behandlungen im Spital werden ohne zeitliche Begrenzung vergütet.

1.4 Kann die versicherte Person bei einem Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen Spitals ihren Arzt wählen und wird hierfür vertragsgemäss ein zusätzliches Honorar in Rechnung gestellt, übernimmt die Assura AG diesen Zuschlag.

1.5 In Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernimmt die Assura AG ebenfalls die Tariffdifferenz bei einer ambulanten Behandlung ausserhalb des Wohnkantons der versicherten Person.

Artikel 2 – Nicht kassenpflichtige Medikamente

Die Assura AG vergütet lebenswichtige Medikamente, die ärztlich verordnet werden und von Swissmedic zugelassen sind, wenn in der Spezialitätenliste (SL) kein gleichwertiges Arzneimittel figuriert und keine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung besteht. Der Bruttohöchstbetrag der Vergütung beläuft sich für die Dauer des Versicherungsverhältnisses auf CHF 50'000.

Artikel 3 – Haushaltshilfe

Während eines Spitalaufenthaltes einer versicherten Person und bis zum 15. Tag nach dem Spitalaustritt übernimmt die Assura AG die Kosten für die Haushaltsführung durch einen Betreuungsdienst bis zu einem Maximalbetrag von CHF 50 pro Tag und während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr.

Artikel 4 – Kosten für die Begleitung im Spital

Während eines Spitalaufenthaltes eines minder-jährigen Versicherten übernimmt die Assura AG im Umfang von CHF 70 pro Tag, während maximal 10 Tagen pro Kalenderjahr, die vom Spital fakturierten Kosten für die Unterkunft der Begleitperson.

Artikel 5 – Kinderhütendienst

Während eines Spitalaufenthaltes eines erwachsenen Versicherten übernimmt die Assura AG im Umfang von CHF 70 pro Tag, während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr, die Kosten eines durch eine offizielle Organisation verrichteten Kinderhütendienstes, sofern das Kind nicht älter als 15 Jahre alt ist und mit dem Versicherten im gleichen Haushalt lebt.

Artikel 6 – Schulische Unterstützung

Ist der minderjährige Versicherte infolge Krankheit oder Unfall während eines Monats nicht in der Lage, den Schulunterricht zu besuchen, beteiligt sich die Assura AG an den bescheinigten Kosten für Nachhilfestunden, die von einer Fachperson erteilt werden. Die Beteiligung beläuft sich auf CHF 50 pro Tag und maximal CHF 3'000 pro Kalenderjahr.

Artikel 7 – Besondere Krankenbetreuung

Die Assura AG deckt bis zu einem Betrag von CHF 1'000 pro Kalenderjahr die Kosten für die besondere Krankenbetreuung im Spital.

Artikel 8 – Krankenpflege zu Hause

8.1 Die Assura AG vergütet während maximal 21 Tagen einen Höchstbetrag von CHF 200 pro Tag für die ärztlich verordnete Krankenpflege zu Hause, sofern diese von einem von der Assura AG anerkannten ärztlichen Pflegedienst erbracht wird und dadurch ein medizinisch notwendiger Spitalaufenthalt vermieden werden kann.

8.2 Die in Ziffer 8.1 erwähnten Leistungen werden in Ergänzung zu der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorgesehenen Beteiligung erbracht.

Artikel 9 – Nichtärztliche Psychotherapeuten und unabhängige Psychologen

Auf der Basis des anwendbaren Tarifs und bis zu 100% eines Brutto-Rechnungsbetrages von CHF 1'500 pro Kalenderjahr übernimmt die Assura AG, in Abweichung von Ziffer 4.1.10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung gemäss VVG, die Kosten einer ärztlich verordneten Behandlung, die durch einen nichtärztlichen Psychotherapeuten oder einen unabhängigen Psychologen, welche auf der durch die Dachorganisation der schweizerischen Krankenversicherer erstellten Liste aufgeführt sind, durchgeführt wird. Der anwendbare Tarif ist derjenige für die delegierte Psychotherapie im Wohnsitzkanton des Versicherten.

Artikel 10 – Zahnärztliche Behandlungen

10.1 Die Assura AG übernimmt, nach Abzug einer Jahresfranchise von CHF 500 und bis zu einem Rechnungsbetrag von CHF 1'500 pro Jahr, die Kosten von Behandlungen, die durch einen in der Schweiz oder im Grenzgebiet zugelassenen Zahnarzt erbracht werden, sofern sich der behandelte Zahnschaden nach Inkrafttreten der vorliegenden Versicherung ereignet hat.

10.2 Massgebend für die Berechnung des Leistungsanspruches der versicherten Person ist der Tarifvertrag SSO-UV/MV/IV.

10.3 Massnahmen, die darauf abzielen, einen bei Inkrafttreten der vorliegenden Deckung vor-bestehenden Zahnschaden zu beheben, sind von dieser Versicherung nicht gedeckt.

10.4 Orthodontische Behandlungen sind von der vorliegenden Deckung ausgeschlossen.

Artikel 11 – Brillengläser oder Kontaktlinsen

11.1 Nach Abzug des von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergüteten Betrages übernimmt die Assura AG im Umfang von CHF 100 pro Kalenderjahr die Anschaffungskosten von medizinisch indizierten Brillengläsern oder Kontaktlinsen.

11.2 Werden keine Leistungen im Sinne von Ziffer 11.1 beansprucht, kumuliert sich der in Ziffer 11.1 genannte Betrag Jahr für Jahr bis zu einem Höchstbetrag von CHF 500.

Artikel 12 – Chirurgische Sehkorrektur

12.1 Bei Sehschwäche der versicherten Person beteiligt sich die Assura AG im Umfang von maximal CHF 100 pro Kalenderjahr an den Kosten der chirurgischen Sehkorrektur.

12.2 Werden keine Leistungen im Sinne von Ziffer 12.1 beansprucht, kumuliert sich der in Ziffer 12.1 genannte Betrag Jahr für Jahr bis zu einem Höchstbetrag von CHF 500.

Artikel 13 – Hilfsmittel

In Abweichung von Ziffer 4.1.12 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung gemäss VVG und nach Abzug der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergüteten Leistungen übernimmt die Assura AG, bis zu einem Brutto-Rechnungsbetrag von CHF 500 pro Kalenderjahr, die Kosten für die Anschaffung und Miete von ärztlich verordneten medizinischen Apparaten und orthopädischen Hilfsmitteln.

Artikel 14 – Transportkosten

14.1 Die Assura AG übernimmt in der Schweiz die Kosten von medizinisch indizierten und der medizinischen Situation angepassten Transporten, sofern der Gesundheitszustand der versicherten Person den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt.

14.2 Die in Ziffer 14.1 erwähnten Leistungen werden in Ergänzung zu der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorgesehenen Beteiligung erbracht.

Artikel 15 – Kosten für Suche und Rettung

15.1 Die Assura AG übernimmt in der Schweiz bis zu einem Brutto-Rechnungsbetrag von CHF 20'000 die Kosten für die Suche und Rettung einer versicherten Person, die sich in einer unmittelbar lebens-bedrohenden Situation befindet.

15.2 Die in Ziffer 15.1 erwähnten Leistungen werden in Ergänzung zu der in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorgesehenen Beteiligung erbracht.

Artikel 16 – Badekuren

16.1 Unter der Voraussetzung, dass die Kur vorgängig durch einen Arzt im Rahmen der Behandlung eines aktuell bestehenden Leidens verordnet worden ist, beteiligt sich die Assura AG bis zu einem Brutto-Rechnungsbetrag von CHF 1'000 pro Kalenderjahr an den Bade- und Pflegekosten einer Badekur in der Schweiz.

16.2 Die Entschädigung beträgt maximal CHF 500 pro Kalenderjahr, wenn die Behandlung im Ausland erfolgt, weil das bestehende Leiden in der Schweiz medizinisch nicht behandelt werden kann.

Artikel 17 – Erholungskuren

Auf vorgängiges Gesuch hin beteiligt sich die Assura AG im Umfang von maximal CHF 40 pro Tag, während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr, an in der Folge eines Spitalaufenthaltes in der Akutabteilung ärztlich verordneten Erholungskuren, die unter medizinischer Leitung in einer von der Assura AG anerkannten Institution durchgeführt werden.

Artikel 18 – Prämienbefreiung bei Arbeitslosigkeit

18.1 Leistungsvoraussetzungen

Die versicherte Person hat Anspruch auf Prämienbefreiung, wenn sie im Zeitpunkt der Unterzeichnung des Versicherungsantrages:

- hauptberuflich als Arbeitnehmerin angestellt ist. Saisonnier- und Temporärstellen gelten nicht als Anstellung im Sinne dieser Bestimmung;
- mindestens seit 12 Monaten im Besitz eines unbefristeten Arbeitsvertrages beim gleichen Arbeitgeber ist und dieser Arbeitgeber sich ihres Wissens weder in einem Konkurs- noch in einem Nachlassverfahren befindet;
- ihres Wissens in kein Kündigungs- oder Massenentlassungsverfahren involviert ist.

Der Leistungsanspruch entsteht 120 Tage nach Inkrafttreten der vorliegenden Versicherungs-kategorie (Karenzfrist).

18.2 Leistungen

Hat der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis gekündigt und bleibt dadurch die versicherte Person in den dem Ende des Arbeitsverhältnisses folgenden 90 Tagen ununterbrochen und vollumfänglich arbeitslos, übernimmt die Assura AG die Prämien. Von der Prämienbefreiung werden alle VVG-Versicherungskategorien erfasst, welche zusammen mit der vorliegenden Deckung auf dem Versicherungsantrag figurieren. Die Prämienbefreiung erfolgt nicht rückwirkend und gilt für Prämien, welche nach dem 91. Tag fällig werden (Karenzfrist von 90 Tagen).

18.3 Andere Familienmitglieder

Erzielt die versicherte Person das Haupteinkommen der Familie, übernimmt die Assura AG auch die Prämien der im gleichen Haushalt lebenden Familienmitglieder (Ehepartner, minderjährige Kinder sowie volljährige Kinder in Ausbildung bis 25 Jahre). Von der Prämienbefreiung werden alle VVG-Versicherungskategorien erfasst, welche zusammen mit der vorliegenden Deckung auf dem Versicherungsantrag dieser Familienmitglieder figurieren.

Erzielen Ehepartner oder Kinder im obgenannten Sinne ein Nebeneinkommen für die Familie, erfolgt eine anteilmässige Prämienreduktion.

18.4 Belege

Zur Begründung des Leistungsanspruchs hat die versicherte Person der Assura AG folgende Dokumente zu unterbreiten:

- Kündigungsschreiben des Arbeitgebers;
- Kopie des Arbeitsvertrages;
- schriftliche Leistungszusage der Arbeitslosen-kasse;
- Leistungsabrechnung der Arbeitslosenkasse der im massgebenden Zeitraum entrichteten Taggelder.

Bei schuldhaft verspäteter Meldung des Kündigungs-bedingten Stellenverlustes seitens der versicherten Person ist die Assura AG berechtigt, ihre Leistungspflicht für die Zeit vor der Meldung zu verweigern.

18.5 Einschränkungen

Keinen Anspruch auf Prämienbefreiung begründen:

- Kündigungen im Sinne von Art. 337 OR, Kündigungen durch den Arbeitnehmer, Kündigungen in der Probezeit, Pensionierungen und Frühpensionierungen, Kurzarbeit oder technische Arbeitslosigkeit;
- befristete Arbeitsverträge und Arbeitsverträge für den Einsatz auf einer bestimmten Baustelle;
- Leistungskürzungen der Arbeitslosenkasse wegen schuldhaftem Verhalten der versicherten Person;
- Fälle, in denen die versicherte Person ausserhalb der Schweiz Wohnsitz hat.

18.6 Leistungsdauer

Die Leistungen pro Schadenfall sind auf maximal 12 Monate beschränkt. Die Karenzfrist von 90 Tagen wird in jedem Fall angerechnet. Bei mehreren Schadenfällen werden gesamthaft maximal während 24 Monaten Leistungen erbracht.

18.7 Ende des Anspruchs

Der Anspruch auf Prämienbefreiung erlischt:

- bei Wiederaufnahme einer bezahlten Arbeit durch die versicherte Person, unabhängig davon in welcher Art und in welchem Umfang die Entlohnung erfolgt;
- wenn die versicherte Person infolge Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig ist und deswegen die Leistungspflicht der Arbeitslosenkasse ruht.

Artikel 19 – Deckungsbegrenzung

In Abweichung von Art. 4 AVB VVG werden Behandlungen zur **Wiedereingliederung** und **Rehabilitation** übernommen. Ebenfalls gedeckt sind Behandlungen von **psychischen Krankheiten im Rahmen des obenstehenden Artikels 9**. Die übrigen unter Art. 4 AVB VVG vorgesehenen Fälle sind hingegen von der Deckung ausgeschlossen, insbesondere **bei Unterzeichnung des Versicherungsantrages bestehende Leiden, Folgen von Unfällen, die sich vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages ereignet haben, Palliativbehandlungen** sowie Übergewicht.

Nicht übernommen werden im Weiteren Kosten im Zusammenhang mit **Mutterschaft** (im Sinne von **Art. 2.6 AVB VVG** und der in **Art. 4.1.6 AVB VVG** aufgeführten Fälle).

Assura AG

Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatzkrankenversicherung

Assura Denta Sana

Ausgabe 03.2024

Zusatzversicherung für zahnärztliche und zahnprophylaktische Behandlungen

Artikel 1 – Leistungsumfang

1.1 Therapeutische Massnahmen

1.1.1 Assura AG vergütet notwendige und angemessene therapeutische Massnahmen, die von in der Schweiz oder in einem Nachbarland der Schweiz zugelassenen diplomierten Zahnärztinnen und Zahnärzten durchgeführt werden (nachfolgend: «Zahnärzte»), wobei die in Artikel 1.1.2 und 1.4 festgelegten Begrenzungen und Bedingungen gelten.

1.1.2 Therapeutische Massnahmen werden gemäss dem Tarifvertrag SSO-UV/MV/IV zu einem Taxpunktwert von CHF 3.10 oder gemäss DENTOTAR zu einem Taxpunktwert von CHF 1.00 vergütet. Therapeutische Massnahmen, die von Zahnärzten mit Sitz in einem Nachbarland der Schweiz durchgeführt werden, werden maximal zum Betrag vergütet, den sie in der Schweiz gekostet hätten.

1.2 Zahntechnische Leistungen

1.2.1 Zusätzlich zum Honorar der Zahnärzte werden die für die Behandlung notwendigen und im Zusammenhang mit einer Zahnerkrankung oder einem Zahnschaden stehenden zahntechnischen Leistungen vergütet, wobei die in Artikel 1.4 festgelegten Begrenzungen und Bedingungen gelten.

1.2.2 Die zahntechnischen Leistungen, die in einem Nachbarland der Schweiz durchgeführt werden, werden maximal zum Betrag vergütet, den sie in der Schweiz gekostet hätten.

1.3 Zahnprophylaxe

Assura AG beteiligt sich einmal pro Kalenderjahr bis zu einem Maximalbetrag von CHF 80 an zahnprophylaktischen Kosten wie Kontrolluntersuchungen, Dentalhygiene oder Röntgenbilder (Bitewing) zur Kariesdiagnose. Für diesen Betrag wird keine Kostenbeteiligung verlangt und er wird nicht an die in Artikel 1.4 festgelegte Begrenzung angerechnet.

1.4 Maximaler Beitrag und Kostenbeteiligung

Das Versicherungsprodukt Assura Denta Sana (nachfolgend: Denta Sana) deckt 75% der in Artikel 1.1 und 1.2 genannten Kosten bis zu einem jährlichen Brutto-Maximalbetrag von CHF 8'000, was einem jährlichen Netto-Maximalbetrag von CHF 6'000 zugunsten der versicherten Person entspricht.

1.5 Kieferorthopädie (Orthodontie)

Kieferorthopädische (orthodontische) Behandlungen werden nicht übernommen und begründen keinen Anspruch auf eine Entschädigung.

Artikel 2 – Leistungsanspruch

2.1 Um Leistungen beanspruchen zu können, hat die versicherte Person Assura AG die detaillierte Honorarrechnung einzureichen, die von einem in der Schweiz oder in einem Nachbarland der Schweiz praktizierenden diplomierten Zahnarzt, Dentalhygieniker oder einem Dentallabor mit Sitz in der Schweiz oder in einem Nachbarland der Schweiz erstellt worden ist.

2.2 Verfügt die versicherte Person über eine Versicherungsdeckung der Complementa-Palette (z. B. Complementa Extra, Complementa Plus, Complementa Maxi usw.) bei Assura AG, haben die im Rahmen des vorliegenden Versicherungsprodukts gewährten Leistungen Vorrang.

Artikel 3 – Karenzfrist

Der Leistungsanspruch beginnt nach einer Karenzfrist von sechs Monaten ab Inkrafttreten des Vertrags. Das Datum des Behandlungsbeginns ist massgebend, um die Entstehung des Leistungsanspruchs zu bestimmen. Insbesondere sind die zahnärztlichen Massnahmen und Behandlungen, die während der Karenzzeit begonnen haben und die über die Karenzzeit hinaus weitergeführt werden, von der vorliegenden Deckung ausgeschlossen. Für die in Artikel 1.3 vorgesehenen zahnprophylaktischen Leistungen gilt keine Karenzfrist.

Artikel 4 – Aufnahmebedingungen

4.1 Denta Sana kann nur abgeschlossen werden, wenn ein vom behandelnden Zahnarzt vollständig ausgefüllter zahnmedizinischer Fragebogen eingereicht wird, der den Zustand des Gebisses der antragstellenden Person beschreibt. Zusätzlich zum zahnmedizinischen Fragebogen müssen Assura AG Röntgenbilder (Bitewing) eingereicht werden.

4.2 Bei Abschluss des vorliegenden Versicherungsprodukts leistet Assura AG der versicherten Person eine Entschädigung bis zu einem Maximalbetrag von CHF 100 als Beteiligung an der Honorarrechnung des behandelnden Zahnarztes, der den zahnmedizinischen Fragebogen ausgefüllt hat und die Röntgenbilder angefertigt hat.

4.3 In Abweichung von Artikel 5 AVB VVG verliert die versicherte Person, die ihren Wohnsitz in ein Land ausserhalb der Schweiz verlegt, und zwar auch nach Liechtenstein oder ins Grenzgebiet, per Ende der laufenden Versicherungsperiode jeglichen Versicherungsschutz.

Artikel 5 – Versicherungsprämie

5.1 In Abweichung von Artikel 12 AVB VVG steigt die Versicherungsprämie im Allgemeinen je nach effektivem Alter der versicherten Person.

5.2 Die Prämienanpassung erfolgt auf den 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person 6, 11, 16, 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86, 91 und 96 Jahre alt wird.

Artikel 6 – Deckungsbegrenzungen

In Ergänzung zu Artikel 4 AVB VVG sind von dieser Versicherung ebenfalls ausgeschlossen:

6.1 Massnahmen und Behandlungen, die darauf abzielen, einen bei Inkrafttreten der vorliegenden Deckung vorbestehenden Zahnschaden zu beheben.

6.2 Behandlungen und zahntechnische Eingriffe, die aus ästhetischen Gründen erfolgen.

6.3 Die Entfernung und Ersetzung von Amalgamfüllungen infolge einer vermuteten oder tatsächlich bestehenden Allergie.

6.4 Schuldhafte Schäden, d. h. Schäden, die nicht auf normale Abnutzung zurückzuführen sind, und/oder Verlust von Prothesen.

6.5 Die Kosten von Schuttschienen beim Sport.

6.6 Die Kosten für eine Vollnarkose, mit Ausnahme von Vollnarkosen für Kinder unter sechs Jahren.

Assura AG

Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatzkrankenversicherung

Assura Denta Ortho

Ausgabe 04.2025

Zusatzversicherung für kieferorthopädische (orthodontische) Behandlungen

Artikel 1 – Leistungsumfang

1.1 Kieferorthopädische Behandlungen

1.1.1 Die Kieferorthopädie (Orthodontie) ist das Gebiet der Zahnmedizin, das Kiefer- und Zahnfehlstellungen behandelt, um eine harmonische Situation zu erreichen und das Funktionieren des Kausystems zu verbessern.

1.1.2 Assura AG vergütet angemessene orthodontische Behandlungen, die von in der Schweiz oder in einem Nachbarland der Schweiz zugelassenen diplomierten Zahnärztinnen und Zahnärzten mit Spezialisierung in Kieferorthopädie durchgeführt werden (nachfolgend: «Zahnärzte» oder «Zahnarzt»), wobei die in den Artikeln 1.1.3 und 1.3 festgelegten Begrenzungen und Bedingungen gelten.

1.1.3 Orthodontische Behandlungen werden gemäss dem Tarifvertrag SSO-UV/MV/IV zu einem Taxpunktwert von CHF 3.10 oder gemäss DENTOTAR zu einem Taxpunktwert von CHF 1.00 vergütet. Orthodontische Behandlungen, die von Zahnärzten mit Sitz in einem Nachbarland der Schweiz durchgeführt werden, werden maximal zum Betrag vergütet, der für die gleichen Behandlungen in der Schweiz vergütet worden wäre.

1.2 Laborkosten und zahntechnische Leistungen

1.2.1 Nebst den Honoraren der Zahnärzte werden die für die orthodontische Behandlung erforderlichen Laborkosten und zahntechnischen Kosten vergütet, wobei die in den Artikeln 1.2.2 und 1.3 festgelegten Begrenzungen und Bedingungen gelten.

1.2.2 Laborleistungen und zahntechnische Leistungen, die in einem Nachbarland der Schweiz durchgeführt werden, werden maximal zum Betrag vergütet, der für die gleichen Leistungen in der Schweiz vergütet worden wäre.

1.3 Maximaler Betrag und Kostenbeteiligung

1.3.1 Assura Denta Ortho (nachstehend «Denta Ortho») deckt 75% der Behandlungskosten gemäss Artikel 1.1. und der Laborkosten und zahntechnischen Kosten gemäss Artikel 1.2, wobei die in Artikel 1.3.2 festgelegten Begrenzungen gelten.

1.3.2 Die versicherte Person kann zwischen verschiedenen Versicherungssummen wählen (d. h. dem jährlichen Maximalbetrag, der der versicherten

Person nach Abzug ihrer Kostenbeteiligung von 25% ausgezahlt wird). Die anwendbare Versicherungssumme ist der in der Versicherungspolice angegebene Betrag.

1.3.3 Die versicherte Person kann die gewählte Versicherungssumme (Upgrade oder Downgrade) während der Vertragslaufzeit ändern.

1.3.4 Eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Upgrade) kann jederzeit unter Beilage des durch den behandelnden Zahnarzt ordentlich ausgefüllten zahnärztlichen Fragebogens erfolgen. Im Fragebogen ist der Zustand des Gebisses der versicherten Person zu beschreiben und es sind die entsprechenden Röntgenbilder (Bissflügel) beizulegen. Die Erhöhung des Versicherungsschutzes unterliegt der ausdrücklichen Annahme durch Assura AG. Bei Annahme wird ein neuer Vertrag geschlossen, wobei die Altersklasse und die Prämie angepasst werden und eine neue Karenzfrist gemäss Artikel 4 in Kraft tritt.

1.3.5 Ein Antrag auf Reduktion des Versicherungsschutzes (Downgrade) ist lediglich mit Wirkung auf den 1. Januar des Folgejahres möglich. Es braucht dazu weder einen zahnärztlichen Fragebogen noch Röntgenbilder. Es wird ein neuer Vertrag geschlossen, wobei die Altersklasse und die Prämie angepasst werden. Es gibt dabei keine Karenzfrist gemäss Artikel 4.

Artikel 2 – Anwendbare Bestimmungen

Die allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung (AVB VVG) und subsidiär die geltenden gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG), gelten ergänzend für alle Fragen, die nicht ausdrücklich in den vorliegenden BVB geregelt sind. Bei Widersprüchen zwischen den AVB und den BVB haben die BVB Vorrang.

Artikel 3 – Leistungsanspruch

Um Leistungen beanspruchen zu können, hat die versicherte Person Assura AG die detaillierte Honorarrechnung einzureichen, die von einem in der Schweiz oder in einem Nachbarland der Schweiz praktizierenden Zahnarzt oder einem Dentallabor mit

Sitz in der Schweiz oder in einem Nachbarland der Schweiz erstellt worden ist.

Artikel 4 – Karenzfrist

Der Leistungsanspruch beginnt nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten des Vertrags. Das Datum des Behandlungsbeginns ist massgebend, um die Entstehung des Leistungsanspruchs zu bestimmen. Insbesondere sind die orthodontischen Behandlungen, die während der Karenzzeit begonnen haben und die über die Karenzzeit hinaus weitergeführt werden, von der vorliegenden Deckung ausgeschlossen.

Artikel 5 – Aufnahmebedingungen

5.1 Denta Ortho kann nur abgeschlossen werden, wenn ein vom behandelnden Zahnarzt vollständig ausgefüllter zahnmedizinischer Fragebogen eingereicht wird, der den Zustand des Gebisses der antragstellenden Person beschreibt. Zusätzlich zum zahnmedizinischen Fragebogen müssen Assura AG Röntgenbilder (Bissflügel) eingereicht werden. Das Alter, ab dem die versicherte Person einen zahnärztlichen Fragebogen bzw. Röntgenbilder beibringen muss, ist im Versicherungsantrag angegeben.

5.2 Bei Abschluss des vorliegenden Versicherungsprodukts oder im Falle einer Erhöhung des Versicherungsschutzes (Upgrade) leistet Assura AG der versicherten Person eine Entschädigung bis zu einem Maximalbetrag von CHF 100 als Beteiligung an der Honorarrechnung des behandelnden Zahnarztes, der den zahnmedizinischen Fragebogen ausgefüllt und die Röntgenbilder angefertigt hat. Bei gleichzeitigem Abschluss zusammen mit einem anderen Zahnversicherungsprodukt von Assura, wird die Entschädigung nur einmal ausgerichtet.

5.3 In Abweichung von Artikel 5 AVB VVG verliert die versicherte Person, die ihren Wohnsitz in ein Land ausserhalb der Schweiz verlegt, und zwar auch nach Liechtenstein oder ins Grenzgebiet, per Ende der laufenden Versicherungsperiode jeglichen Versicherungsschutz.

Artikel 6 – Versicherungsprämie

6.1. Die Prämie wird aufgrund des Alters, des Wohnkantons sowie des Geschlechts der versicherten Person bei Abschluss des Vertrags festgelegt, vorbehalten bleiben die nachfolgenden Artikel 6.2 und 6.3.

6.2 Kinder im Alter von 0 bis 18 Jahren wechseln automatisch zum höheren Prämientarif am 1. Januar des Jahres, in dem sie das 19. Altersjahr erreichen. Dasselbe gilt für junge Erwachsene im Alter von 19 bis 25 Jahren. Sie wechseln automatisch zum höheren

Prämientarif am 1. Januar des Jahres, in dem sie das 26. Altersjahr erreichen. Die Altersklasse ab 26 Jahren gilt hierauf als definitiv erworben.

6.3 Die Prämie wird bei einem Wohnsitzwechsel in eine neue Prämienregion angepasst. Vergisst die versicherte Person es, Assura AG darüber zu informieren oder erfolgt die Meldung verspätet, hat Assura AG das Recht, die Prämie rückwirkend anzupassen. Ist die neue Prämie höher, hat die versicherte Person das Recht, das vorliegende Versicherungsprodukt innerhalb von drei Monaten nach Mitteilung der neuen Prämie zu kündigen. Die Kündigung wird am 1. Tag des Monats wirksam, der auf den Eingang des Kündigungsschreibens folgt.

Artikel 7 – Deckungsbegrenzungen

In Ergänzung zu Artikel 4 AVB VVG sind von dieser Versicherung ebenfalls ausgeschlossen:

7.1 Ziehen eines oder mehrerer Weisheitszähne;

7.2 Massnahmen und Behandlungen, die darauf abzielen, ein bei Inkrafttreten des vorliegenden Versicherungsschutzes vorbestehendes orthodontisches Problem zu beheben;

7.3 zahntechnische Behandlungen und Leistungen einschliesslich Laborkosten, die nicht mit der Orthodontie zusammenhängen;

7.4 Zahnprophylaxe;

7.5 schuldhafte Schäden, d. h. Schäden, die nicht auf normale Abnutzung zurückzuführen sind, und/oder Verlust von Zahnsparanten;

7.6 Kosten von Schuttschienen beim Sport;

7.7 Kosten einer Vollnarkose

Assura AG

Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung gemäss VVG

Hospita

Kapitalversicherung im Falle eines Spitalaufenthaltes

Ausgabe 07.2015

Artikel 1 – Ziel

Im Rahmen des versicherten Kapitals deckt die Assura AG bei Krankheit oder Unfall die wirtschaftlichen Folgen eines Spitalaufenthaltes (exklusive Erwerbsausfall) von mehr als 24 Stunden Dauer.

Artikel 2 – Kapital

2.1 Das versicherte Kapital beträgt wahlweise CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000, CHF 2'500 oder CHF 3'000.

2.2 Begibt sich eine versicherte Person, die bei der Assura AG über eine Zusatzversicherung für den Aufenthalt in der Privatabteilung verfügt, freiwillig in die allgemeine Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals, wird ein zusätzliches Kapital von CHF 500 (für Minderjährige) und von CHF 1'000 (für Erwachsene) ausbezahlt.

Artikel 3 – Leistungsanspruch

3.1 Das Kapital wird im Falle eines Aufenthaltes in einer Akutabteilung von mehr als 24 Stunden Dauer ausgeschüttet.

3.2 Das Kapital wird der versicherten Person – oder einem Begünstigten – auf Vorlage der Rechnung des aufgesuchten Leistungserbringers überwiesen.

3.3 Das Kapital kann nur einmal pro Kalenderjahr beansprucht werden.

3.4 In Ergänzung zu den in Art. 4.1 AVB VVG genannten Deckungsbegrenzungen besteht kein Anspruch auf Auszahlung des Kapitals, wenn der Spitalaufenthalt aufgrund eines Leidens erfolgt, das in den Leistungsbereich der UV, IV oder MV fällt.

3.5 Das Kapital im Sinne der vorangehenden Art. 3.1 bis 3.4 umfasst das gemäss Art. 2.1 vereinbarte Kapital sowie gegebenenfalls das zusätzliche Kapital gemäss Art. 2.2.

Artikel 4 – Gebietsbereich

Die vorliegende Deckung ist weltweit gültig.

Artikel 5 – Deckungsbegrenzung

In Abweichung von Art. 4 AVB VVG werden Behandlungen zur **Wiedereingliederung** und **Rehabilitation** unter Vorbehalt der obenstehenden Art. 3.3 und 3.4 übernommen. Die übrigen unter Art. 4 AVB VVG vorgesehenen Fälle sind hingegen von der Deckung ausgeschlossen, insbesondere **bei Unterzeichnung des Versicherungsantrages bestehende Leiden, Folgen von Unfällen, die sich vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages ereignet haben, psychische Krankheiten, Palliativbehandlungen sowie Übergewicht.**

Nicht übernommen werden im Weiteren Kosten im Zusammenhang mit **Mutterschaft** (im Sinne von **Art. 2.6 AVB VVG** und der in **Art. 4.1.6 AVB VVG** aufgeführten Fälle).

Assura AG

Kundeninformation nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Assura Lexa

Ausgabe 09.2024

Privat-, Patienten- und Verkehrs-Rechtsschutzversicherung

Kundeninformation nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Wer ist der Versicherer?

Der Versicherer ist die Orion Rechtsschutz-Versicherung AG, (nachstehend: «Orion»), mit Sitz in Basel, beaufsichtigt durch die Eidgenössische Finanzmarktaufsichtsbehörde FINMA (Laupenstrasse 27, 3003 Bern).

Orion ist nur in der Schweiz (ohne Liechtenstein) tätig. Versicherungsnehmer mit Wohnsitz/Sitz ausserhalb der Schweiz können keine Versicherung bei Orion abschliessen. Eine bestehende Versicherung erlischt mit dem Wegzug oder der Abmeldung aus der Schweiz.

Als Versicherer ist Orion Ihre ausschliessliche Ansprechpartnerin für die Meldung von Schadenfällen und die Verwaltung von Rechtsansprüchen aus Ihrem Rechtsschutz-Versicherungsvertrag Assura Lexa.

Was ist die Rolle von Assura?

Orion hat mit Assura AG (nachstehend: «Assura») einen Zusammenarbeitsvertrag abgeschlossen, der Assura mit der Verwaltung des gesamten Portfolios von Assura Lexa beauftragt (Abschluss, Verwaltung des Portfolios und Prämieninkasso).

In diesem Zusammenhang handelt Assura insbesondere als **gebundene Vermittlerin für Orion** im Sinne des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (VAG) und seiner Verordnung (AVO).

Assura ist ebenfalls Ihre ausschliessliche Ansprechpartnerin für Fragen zur Verwaltung des Versicherungsvertrags (Abschluss, Änderung oder Kündigung) sowie für Prämienzahlungen.

Was ist die Vertragsgrundlage?

Die Grundlagen Ihres Vertrags zur Rechtsschutz-Versicherung Assura Lexa sind die Versicherungspolice, die vorliegenden allgemeinen Versicherungsbedingungen (nachstehend: «AVB»), das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), das Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (VAG) und seine Verordnung (AVO).

Welche Risiken sind versichert und was ist der Umfang des Versicherungsschutzes?

Assura Lexa unterstützt Sie als Schadenversicherung bei rechtlichen Problemen. Um Ihren Versicherungsschutz ideal auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen, können Sie zwischen verschiedenen Modulen wählen: «Privatrecht» (verfügbar als Variante «Basis» oder

«Maxi»), «Patientenrecht» (nur in Kombination mit dem Modul «Privatrecht» verfügbar) und «Verkehrsrecht».

Hier ein kurzer Überblick über die Rechtsgebiete, die durch diese Module (und je nach der gewählten Variante) gedeckt sind:

1. **Modul «Privatrecht»:** Streitigkeiten als Privatperson in den Bereichen Schadenersatz-, Straf-, Versicherungs-, Arbeits- und Vertragsrecht sowie Mietrecht (nur als Option für die Variante («Maxi»).

Mit der **Variante «Maxi»** sind auch Streitigkeiten in den Bereichen Erb-, Ehe-, Steuer- und Urheberrecht sowie Internet- und Auslandsreise-Rechtsschutz gedeckt. Mit dieser Variante können Sie (zusätzlich gegen eine Mehrprämie) in Ihre Deckung auch die Option «Immobilienrecht» einschliessen, die Sie als Eigentümer bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit Ihrer Immobilie versichert.

2. **Modul «Patientenrecht»:** Streitigkeiten als Patient mit Ärzten, Spitälern und anderen medizinischen Institutionen oder allen anderen Leistungserbringern. Dieses Modul kann nur in Kombination mit dem Modul «Privatrecht» gewählt werden. **Wird das Modul «Privatrecht» entfernt, wird das Modul «Patientenrecht» automatisch ebenfalls entfernt.**
3. **Modul «Verkehrsrecht»:** Streitigkeiten rund um die Mobilität, beispielsweise bei Verkehrsunfällen, bei Straf- oder Administrativverfahren zum Führerausweisentzug oder bei Vertragsstreitigkeiten betreffend Fahrzeuge.

Weitere Einzelheiten zu versicherten Rechtsgebieten, örtlicher Geltung und maximalen Versicherungssummen finden sich in den Art. B1, C1, und D1 dieser AVB.

Welche Prämie ist geschuldet?

Die Höhe der Prämie hängt von den versicherten Rechtsgebieten ab, die Sie in Ihre Versicherungspolice einschliessen. Alle Angaben zu Ihrem Versicherungsschutz, der Prämie und möglichen Gebühren (z.B. Steuern, Ratenzahlung) sind in den Vertragsunterlagen enthalten. Sie müssen die Versicherungsprämie gemäss dem in Ihrem Versicherungsvertrag vorgesehenen Zahlungsrhythmus (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich) im Voraus bezahlen. Ihre Prämie kann jeweils auf das nächste Kalenderjahr angepasst werden. In diesem Fall haben Sie das Recht, Ihren Versicherungsvertrag gemäss den AVB zu kündigen.

Welche weiteren Pflichten haben Sie?

Ihre Pflichten ergeben sich aus den AVB und dem VVG. Wichtige Pflichten sind:

- sofortige schriftliche Meldung des versicherten Ereignisses an Orion;
- Teilnahme an den von Assura und Orion geforderten Abklärungen (im Schadenfall, bei Risikoänderungen usw.);
- sofortige Meldung bei Änderung einer deklarierten Tatsache an Assura und Orion;
- sofortige Meldung bei Änderungen zu Ihrer persönlichen Situation an Assura (Ehe, Umzug usw.).

Welche Frist gilt für das Einreichen einer Schadenanzeige?

Sie müssen das versicherte Ereignis Orion sofort schriftlich melden.

Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

Ihre Versicherung gilt ab dem Tag, der in der Police aufgeführt ist. Bis zur Aushändigung der Police oder einer definitiven Deckungsbestätigung kann Orion den Antrag ablehnen. In den AVB ist geregelt, in welchen Fällen eine Karenzfrist zur Anwendung gelangt. Orion erbringt ihre Leistungen frühestens ab dem Zeitpunkt, in dem Sie die geschuldete Prämie gemäss dem Zahlungsrhythmus, der in Ihrem Versicherungsvertrag vorgesehen ist, bezahlt haben.

Ihre Versicherung gilt für Rechtsfälle, die während der Dauer Ihres Versicherungsvertrags eintreten und Orion gemeldet werden. Jede Vertragspartei kann den Vertrag auf das Ende eines Kalenderjahres schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, und unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist kündigen. In den ersten drei Versicherungsjahren ist diese Kündigung nur auf das Ende des 3. Kalenderjahres und unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist möglich.

Wird der Vertrag nicht gekündigt, verlängert er sich stillschweigend um ein Jahr.

Weitere Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den AVB sowie dem VVG.

Was geschieht, falls der Zusammenarbeitsvertrag zwischen Assura und Orion beendet wird?

Falls der Zusammenarbeitsvertrag zwischen Assura und Orion beendet wird, wird Ihr Versicherungsvertrag automatisch auf das Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist gekündigt. In diesem Fall behält sich Assura das Recht vor, Ihnen ein neues (gleichwertiges oder ähnliches) Vertragsangebot für eine Rechtsschutzversicherung bei ihrem neuen Partner zu unterbreiten.

Kann der Vertrag widerrufen werden?

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsantrag oder dessen Annahme schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, unter Einhaltung einer Frist von 14 Tagen bei Assura AG, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70, 1009 Pully, widerrufen.

Die Frist ist eingehalten, wenn der Versicherungsnehmer am letzten Tag der Widerrufsfrist seinen Widerruf Assura (Assura AG, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70, 1009 Pully) mitteilt oder seine Widerrufserklärung per Post an Assura übergibt.

Wie behandeln Orion und Assura Personendaten?

Orion und Assura bearbeiten Ihre Personendaten insbesondere zum Zwecke des Vertragsabschlusses, der Vertragserfüllung sowie zu kommerziellen und statistischen Zwecken.

Zum Zwecke der Vertragserfüllung kann Assura insbesondere Informationen zu abgeschlossenen Versicherungsdeckungen, Beitrittsfragebögen, allfällig angebrachten Versicherungsvorbehalten sowie Prämienzahlungen an Orion mitteilen. Orion ihrerseits kann an Assura im Falle einer Anzeigepflichtverletzung zusammenfassende Informationen zu den Versicherungsvorbehalten und gemeldeten Schadenfällen mitteilen.

Nähere Informationen zur Datenbearbeitung (insbesondere den Zwecken, den Empfängern von Daten, der Aufbewahrung und den Rechten der betroffenen Personen) und zum Datenschutz im Allgemeinen) finden Sie:

- für Orion: in der Datenschutzerklärung unter www.orion.ch/datenschutz. Sie kann auch bei der Orion Rechtsschutz-Versicherung AG, Datenschutz, Postfach, CH 4002 Basel, bzw. unter datenschutz@orion.ch, bezogen werden.
- für Assura: in der Datenschutzerklärung unter <https://www.assura.ch/de/datenschutz-der-assura-ag>. Sie kann auch schriftlich beim Datenschutzberater von Assura AG, Avenue C.-F. Ramuz 70, Postfach 531, 1009 Pully, bezogen werden.

Erhält der Broker/Makler (ungebundener Vermittler) eine Vergütung?

Wenn ein Dritter, z. B. ein ungebundener Vermittler (Broker/Makler), die Interessen des Versicherungsnehmers bei Abschluss oder Betreuung dieses Versicherungsvertrags wahrnimmt, ist es möglich, dass Assura gestützt auf eine Vereinbarung diesem Dritten für seine Tätigkeit ein Entgelt bezahlt. Wünscht der Versicherungsnehmer nähere Informationen darüber, so kann er sich an den Dritten wenden, der verpflichtet ist, ihm Auskunft zu erteilen.

Inhalt des Versicherungsvertrags

Die Police gibt Ihnen insbesondere Auskunft über:

- die versicherten Personen;
- die gewählten Module: «Privatrecht» (einschliesslich die Variante «Basis» oder «Maxi» und die gewählten Optionen), «Patientenrecht» und/oder «Verkehrsrecht»;
- die Versicherungssummen;
- den Versicherungsbeginn und die Dauer des Vertrags;
- die Fälligkeit der Prämie.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Assura Lexa

Ausgabe 09.2024

Privat-, Patienten- und Verkehrs-Rechtsschutzversicherung

Inhalt

A Geltungsbereich	4
A1 Wer ist versichert	
A2 Welches sind die versicherten Eigenschaften	
A3 Wo gilt die Versicherung	
A4 Welches sind die Versicherungssummen	
B Modul «Privatrecht»	6
B1 Welche Rechtsgebiete und Versicherungssummen sind versichert und was ist die örtliche Geltung?	
C Modul «Patientenrecht»	15
C1 Welche Rechtsgebiete und Versicherungssummen sind versichert und was ist die örtliche Geltung?	
D Modul «Verkehrsrecht»	16
D1 Welche Rechtsgebiete und Versicherungssummen sind versichert und was ist die örtliche Geltung?	
E Gemeinsame Bestimmungen	18
E1 Welche Leistungen werden erbracht	
E2 Welche Fälle sind nicht versichert	
E3 Verzicht auf Leistungskürzung	
E4 Wann gilt die Versicherung	
E5 Wie wird ein versicherter Rechtsfall abgewickelt	
E6 Meinungsverschiedenheiten	
E7 Wie wird der Vertrag im Rechtsfall gekündigt	
E8 Widerrufsrecht und dessen Wirkung	
E9 Was gilt bezüglich der Prämien	
E10 Verletzung von Obliegenheiten	
E11 Kommunikation	
E12 Was geschieht bei einem Wohnsitzwechsel	
E13 Maklerentschädigung	
E14 Datenschutz	
E15 Wo ist der Gerichtsstand	
E16 Was geschieht, falls der Zusammenarbeitsvertrag zwischen Assura und Orion beendet wird	
E17 Welche gesetzlichen Bestimmungen werden angewendet	
E18 Sanktionen	

A Geltungsbereich

A1 Wer ist versichert

Versicherte Personen	Einzelperson	Mehrpersonenversicherung
1 Der Versicherungsnehmer;	X	X
2 die unmündigen Kinder eines alleinstehenden Versicherungsnehmers, sofern sie mit ihm in Wohngemeinschaft leben oder als Wochen- oder Wochenendaufenthalter regelmässig in seinen Haushalt zurückkehren;	X	X
3 die unmündigen Kinder eines alleinstehenden Versicherungsnehmers während der Dauer ihres Besuches beim versicherten Eltern- teil;	X	X
4 sämtliche Personen, die mit dem Versicherungsnehmer in Wohn- gemeinschaft leben oder als Wochen- oder Wochenendaufenthal- ter regelmässig in seinen Haushalt zurückkehren;		X
5 im Verkehrs-Rechtsschutz: Zusätzlich zu den bereits erwähnten Personen sind alle Lenker eines auf den Namen eines Versicherten zugelassenen und nicht gewerbsmässig genutzten Motorfahrzeug- es oder Mitfahrer bei Fahrten mit diesem Fahrzeug versichert.	X	X

A2 Welches sind die versicherten Eigenschaften

Versicherte Eigenschaften	Privatrecht	Verkehrsrecht
1 Als Privatpersonen, unselbständig Erwerbende, Angehörige der schweizerischen Armee, des Zivilschutzes oder der Feuerwehr;	X	
2 als Radfahrer (inkl. E-Bike), Lenker eines Motorfahrrads sowie als Lenker eines nicht immatrikulationspflichtigen Motorfahrzeuges;	X	X
3 als Fussgänger, Reiter sowie als Benutzer von der Mobilität bzw. der Fortbewegung dienenden fahrzeugähnlichen Geräten und Hilfsmitteln wie z. B. Skateboards, Inline Skates, Trotinetts, Skis: – ohne Zusammenhang mit einer Kollision mit einem Fahr- zeug; – im Zusammenhang mit einer Kollision mit einem Fahr- zeug;	X X	 X
4 als Eigentümer, Halter oder Benutzer von Schiffen, Surfbrettern, Luftfahrzeugen, Fluggeräten (Modellfliegern, Drohnen, Multikop- tern etc.) und Flugkörpern, für die gesetzlich keine Haftpflichtversi- cherung vorgeschrieben ist oder die maximal 30 kg wiegen;	X	X
5 als Passagier eines Motorfahrzeuges, eines Wasserfahrzeuges, eines Luftfahrzeuges, eines Schienenfahrzeuges oder von öffentli- chen Verkehrsmitteln;	X	X
6 als Lenker eines beliebigen, nicht einer versicherte Person gehö- renden Motorfahrzeuges bis 3'500 kg Gesamtgewicht;	X	X
7 als Eigentümer, Halter, Mieter oder Lenker eines Motorfahrzeuges inkl. Anhänger und nicht fest installierten Wohnwagens oder eines Wasserfahrzeuges sowie als Lenker eines Schienenfahrzeuges oder von öffentlichen Verkehrsmitteln;		X
8 als Lenker eines Luftfahrzeuges (Piloten-Rechtsschutz) sowie als Eigentümer, Halter oder Mieter eines Luftfahrzeuges bis 5.7 Tonnen MTOW;		X
9 als Mieter einer für den Eigenbedarf genutzten Wohnung, eines Hauses oder einer Liegenschaft in der Schweiz (nicht gewerblich genutzt); Nur mit der Option «Mietrecht» für die Variante «Maxi»	X	

10 als Grundeigentümer (Wohnung oder Haus) für die Adresse des offiziellen Wohnsitzes des Versicherungsnehmers; Nur mit der Option «Immobilienrecht» für die Variante «Maxi»	X	
11 als Patient mit Ärzten, Spitälern und anderen medizinischen Institutionen oder allen anderen Leistungserbringern. Nur mit dem Modul «Patientenrecht»	X	

Selbstfahrende (auch «autonom fahrende» genannt) Fahrzeuge sind den oben aufgeführten Fahrzeugen gleichgestellt.

A3 Wo gilt die Versicherung

- Die örtliche Geltung wird für jedes versicherte Rechtsgebiet in den folgenden Tabellen aufgeführt bzw. in Art. B1, C1 und D1.
- Es gilt Folgendes:

Schweiz	Deckung in der Schweiz. Das Fürstentum Liechtenstein und die Enklaven Büsingen und Campione gehören ebenfalls zur Schweiz.
Angrenzende Nachbarländer	Deutschland, Frankreich, Italien und Österreich.
Europa	Geografisches Gebiet Europa bis zum Ural sowie die Mittelmeerrandstaaten.
Weltweit	Weltweite Deckung.

- Unabhängig vom Ort des Ereignisses sind Rechtsfälle versichert, bei welchen kumulativ
 - der Gerichtsstand innerhalb des versicherten geografischen Gebietes liegt,
 - entsprechendes Landesrecht anwendbar ist und
 - der Gerichtsstand für die Vollstreckung ebenfalls innerhalb des versicherten geografischen Gebietes liegt.
- Betreibungsmassnahmen werden nur innerhalb der Grenzen der örtlichen Geltung, die für den betreffenden Fall gilt, eingeleitet.
- Schiedsverfahren sind nur versichert, wenn der Gerichtsstand in der Schweiz liegt und schweizerisches Recht anwendbar ist.

A4 Welches sind die Versicherungssummen

- Die Versicherungssumme pro Fall wird in den folgenden Tabellen aufgeführt bzw. in Art. B1, C1 und D1.
- Unabhängig von der Anzahl Fälle wird die Versicherungssumme für alle Fälle, die im selben Versicherungsjahr eingetreten sind, nur einmal ausgerichtet.
- Alle Streitigkeiten mit derselben Ursache oder im mittelbaren oder unmittelbaren Zusammenhang mit demselben Ereignis gelten als ein Rechtsfall. Die Versicherungssumme wird pro Rechtsfall, auch wenn mehrere Rechtsgebiete betroffen sind, nur einmal ausgerichtet. Sicherheitsleistungen und Vorschüsse werden in vollem Umfang an die Versicherungssumme angerechnet. Vorschüsse und Sicherheitsleistungen sind Orion zurückzuerstatten.

B Modul «Privatrecht»

B1 Welche Rechtsgebiete und Versicherungssummen sind versichert und was ist die örtliche Geltung?

Rechtsgebiet:	Karenzfrist (siehe Art. E4 Abs. 3):	Versicherungssummen (in CHF) und örtliche Geltung:	Der Rechtsfall gilt als eingetreten:	Zusätzlich zu den Ausschlüssen in Art. E2 besteht keine Versicherungsdeckung:
1 Schadenersatzrecht Geltendmachung von zivilrechtlichen ausservertraglichen Schadenersatzansprüchen für Sach- und Personenschäden (Körperverletzung/Tötung) sowie die daraus unmittelbar resultierenden Vermögensschäden. Beteiligung des Versicherten im Strafverfahren als Zivilkläger, sofern eine solche Intervention notwendig ist, um Ansprüche geltend zu machen. Die Geltendmachung von Ansprüchen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen über die Opferhilfe ist mitversichert. Besondere Deckungseinschränkungen: Betreffend Grundeigentum nur im Rahmen von Art. B1 Abs. 11.	keine	Variante «Basis»: 100'000 in der Schweiz Variante «Maxi»: 600'000 in der Schweiz und in Europa; 150'000 weltweit	Im Zeitpunkt der Verursachung des Schadens.	– im Zusammenhang mit Ehrverletzungen; – für Schadenersatzansprüche als Folge eines Ereignisses, bei dem der Versicherte Lenker eines Motorfahrzeuges war; – im Zusammenhang mit Schäden aus Angriffen auf IT-Systeme oder Datenverlust.
2 Strafverteidigung Rechtswahrung in einem gegen den Versicherten gerichteten Straf- oder Verwaltungsstrafverfahren wegen der Anschuldigung fahrlässiger Verletzung von Rechtsvorschriften. Besondere Deckungseinschränkungen: Betreffend Urheberrecht nur im Rahmen von Art. B1 Abs. 7.	keine	Variante «Basis»: 100'000 in der Schweiz Variante «Maxi»: 600'000 in der Schweiz und in Europa; 150'000 weltweit	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Widerhandlung gegen Strafvorschriften.	– bei Anschuldigung vorsätzlicher Rechtsverletzung. Bei rechtskräftiger, vollständiger Einstellung des Verfahrens oder rechtskräftigem, vollständigem Freispruch werden die Kosten dem Versicherten trotz Anschuldigung vorsätzlicher Rechtsverletzung rückerstattet. Keine Rückerstattung erfolgt, wenn die Einstellung des Verfahrens in Verbindung mit einer Entschädigung an den durch die angebliche Straftat Geschädigten oder infolge Verjährung erfolgt sowie bei strafbaren Handlungen gegen das Vermögen, im Zusammenhang mit Ehrverletzungen und beim Rückzug der gegenseitigen Strafanträge; – in Verfahren als Folge eines Ereignisses, bei dem der Versicherte Lenker oder Halter eines Motorfahrzeuges war;

				– für Fälle aus dem Ausländerrecht; – für Fälle betreffend Datenschutzgesetz; – für Fälle aus dem Immaterialgüterrecht (wie Patent-, Design- sowie Markenrecht).
3 Eigentums- und Sachenrecht Streitigkeiten aus Eigentum, Besitz oder anderen dinglichen Rechten an beweglichen Sachen und an Tieren.	keine	Variante «Basis»: 100'000 in der Schweiz Variante «Maxi»: 600'000 in der Schweiz und in Europa; 150'000 weltweit	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, ausser es sei bereits vorher für den Versicherten erkennbar, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten. In letztgenanntem Fall ist der Zeitpunkt der Erkennbarkeit massgebend.	
4 Versicherungsrecht Sozialversicherungsrechtliche Streitigkeiten mit schweizerischen öffentlich-rechtlichen Versicherungen (AHV / IV, SUVA etc.), Pensionskassen und Krankenkassen sowie Streitigkeiten aus Versicherungsvertrag mit privaten Versicherungseinrichtungen. Besondere Deckungseinschränkungen: Betreffend Grundeigentum nur im Rahmen von Art. B1 Abs. 11.	keine Im Sozialversicherungsrecht: 1 Monat	Variante «Basis»: 100'000 in der Schweiz Variante «Maxi»: 600'000 in der Schweiz und in Europa	- Bei Personenschäden: beim erstmaligen Eintritt des Gesundheitsschadens, der eine Arbeitsunfähigkeit oder eine Invalidität zur Folge hat; - bei Streit um angeblich falsche Antragsdeklaration: im Zeitpunkt der Antragsdeklaration; - in allen übrigen Fällen: beim erstmaligen Eintritt des Ereignisses, welches den Anspruch gegenüber der Versicherung auslöst.	
5 Arbeitsrecht a. Streitigkeiten als Arbeitnehmer aus privaten oder öffentlichrechtlichen Anstellungsverhältnissen mit Arbeitgebern in der Schweiz oder einem direkt angrenzenden Nachbarland; b. Streitigkeiten als Arbeitgeber mit der im eigenen Privathaushalt beschäftigten	Variante «Basis»: 3 Monate Variante «Maxi»: 1 Monat	Variante «Basis»: 100'000 in der Schweiz Variante «Maxi»: 600'000 in der Schweiz und den angrenzenden Nachbarländern	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, ausser es sei bereits vorher für den Versicherten erkennbar, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten. In letztgenanntem Fall ist der Zeitpunkt der	– für Mitglieder der Geschäftsleitung, die massgebenden Einfluss auf die operativen Entscheidungen der Arbeitgeberin haben oder mit einem Bruttolohn (inkl. Boni, Gratifikationen etc.) von über CHF 200'000; – für Mitglieder des Verwaltungsrats.

Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung.			Erkennbarkeit massgebend.	
6 Übriges Vertragsrecht Streitigkeiten aus anderen, nicht separat aufgeführten obligationenrechtlichen Verträgen wie z. B. Kaufvertrag, einfacher Auftrag, Werkvertrag für bewegliche Sachen, Innominatverträge; über das Internet abgeschlossene Verträge sind ebenfalls versichert; Besondere Deckungseinschränkungen: – Streitigkeiten im Zusammenhang mit Grundeigentum des Versicherungsnehmers sind nur mit der Option «Immobilienrecht» gedeckt (Art. B1 Abs. 11 AVB) – bis zu einem Streitwert von CHF 500 besteht nur Anspruch auf eine einmalige Rechtsauskunft durch Orion; – Streitigkeiten aus Darlehen sind nur versichert, sofern sie schriftlich und unter Privatpersonen vereinbart wurden.	Variante «Basis»: 3 Monate Variante «Maxi»: 1 Monat	Variante «Basis»: 100'000 in der Schweiz Variante «Maxi»: 600'000 in der Schweiz und in Europa; 150'000 weltweit	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, ausser es sei bereits vorher für den Versicherten erkennbar, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten. In letztgenanntem Fall ist der Zeitpunkt der Erkennbarkeit massgebend.	– bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit einem Liegenschafts Kauf sowie bei Neu-, Um- und Anbauten; – bei Streitigkeiten aus Timesharing-Verträgen; – bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Belehnung/Verpfändung von Liegenschaften und Grundstücken; – bei Streitigkeiten über Prüfungsergebnisse und Promotionsentscheide; – bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit dem Handel von Kunstgegenständen; – bei Streitigkeiten mit Anwälten, Notaren, Steuerberatern und Treuhändern.
7 Urheberrecht (Nur mit der Variante «Maxi») Verteidigung gegen Ansprüche aus einem vom Versicherten verletzten Urheberrecht; Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen bei der Verletzung von Urheberrechten, die dem Versicherten zustehen. Besondere Deckungseinschränkungen: – diese Deckung besteht nur subsidiär, d. h. falls die Versicherungsbedingungen einer bestehenden Privathaftpflichtversicherung oder speziellen Internetversicherung für die Abwehr solcher Ansprüche keine Deckung vorsehen; – örtliche Geltung: Europa.	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: 1 Monat	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: 5'000 in Europa	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, ausser es sei bereits vorher für den Versicherten erkennbar, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten. In letztgenanntem Fall ist der Zeitpunkt der Erkennbarkeit massgebend.	– bei Fällen, in denen die versicherte Person einen Domain-Namen registriert hat, der mit bekannten Kennzeichen identisch ist, um es dem betroffenen Kennzeicheninhaber zu verunmöglichen, seinen Web-Auftritt unter dieser Internetadresse zu präsentieren (Domain-Name-Grabbing).

8 Internet-Rechtsschutz (Nur mit der Variante «Maxi») Rechtsschutz als Opfer im Zusammenhang mit: 1. Phishing und Hacking; 2. Kreditkartenmissbrauch. Falls eine rechtliche Unterstützung innerhalb von 60 Tagen nach der Fallanmeldung erfolglos war, kann Orion statt weitere Leistungen nach Art. E1 zu erbringen, den nachgewiesenen Schaden bis max. CHF 1'000 übernehmen, der bei unautorisierter Verwendung der Kreditkarte durch Dritte auf dem Konto des Versicherten in Form von Minderung des Guthabens oder beim Kreditkartenmissbrauch entsteht. Besondere Deckungseinschränkungen: – Deckung besteht, sofern der Kreditkartenmissbrauch über das Internet begangen wurde; – die Summe für den Ersatz des Vermögensschadens wird pro Versicherungsjahr maximal einmal ausgerichtet. Entschädigungen aus anderen Versicherungen (z. B. Hausratversicherung) gehen dieser Kostenübernahme vor. Orion behält sich das Recht vor, eine Kopie der Versicherungspolice einzufordern.	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: 1 Monat	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: 5'000 weltweit	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, ausser es sei bereits vorher für den Versicherten erkennbar, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten. In letztgenanntem Fall ist der Zeitpunkt der Erkennbarkeit massgebend.	
9 Mobbing-Rechtsschutz Rechtsschutz als Opfer im Zusammenhang mit Persönlichkeitsrechtsverletzungen (z. B. Cybermobbing, Drohung, Nötigung, Erpressung), welche für Dritte erkennbar mittels elektronischer Medien begangen werden. Versichert sind (abschliessende Aufzählung): – das Auffordern zur Beendigung der Angriffe unter Androhung rechtlicher Konsequenzen; – das Einreichen einer Strafanzeige;	6 Monate	Variante «Basis»: 1'000 in der Schweiz Variante «Maxi»: 5'000 in der Schweiz und den angrenzenden Nachbarländern	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, ausser es sei bereits vorher für den Versicherten erkennbar, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten. In letztgenanntem Fall ist der Zeitpunkt der Erkennbarkeit massgebend.	– für Fälle, in denen die versicherte Person durch eigene Provokation Anlass gegeben hat. Dieser Ausschluss gilt selbst dann, wenn sie damit eine vorgängige Provokation der angreifenden Person erwidert hat; – für Fälle gegen Personen, die bereits in den letzten zwei Jahren vor Abschluss der Versicherung gegen eine versicherte Person provoziert haben; – für Angriffe als Reaktion auf ein Verbrechen der versicherten Person, zu

– die zivilrechtliche Interessenwahrung zum Schutz der Persönlichkeit; – die Geltendmachung von Beseitigungs- und Schadenersatzansprüchen gegenüber dem Angreifer und Betreiber der Webseiten; – unter Anrechnung an die Versicherungssumme werden die Kosten eines spezialisierten Dienstleisters für die Löschung persönlichkeitsverletzender Internetinhalte bis CHF 1'000 übernommen. Diese Summe wird pro Versicherungsjahr maximal einmal ausgerichtet. Besondere Deckungseinschränkungen: Deckung besteht nur, wenn sich sowohl Gerichtsstand als auch Wohnsitz bzw. Sitz der angreifenden Person in der Schweiz befinden (oder in einem angrenzenden Nachbarland in der Variante «Maxi»).				dem ein rechtskräftiges Urteil vorliegt; – für Persönlichkeitsverletzungen in Printmedien, Fernsehen, Radio sowie deren elektronischen Ablegern.
10 Mietrecht (als Option in der Variante «Maxi») Rechtsschutz für Mieter und Pächter a. Orion gewährt im Zusammenhang mit zum Eigenbedarf gemieteten oder gepachteten, nicht gewerblich genutzten und in der Schweiz gelegenen Liegenschaften, Räumlichkeiten oder Grundstücken Rechtsschutz bei Streitigkeiten aus dem Miet- oder Pachtverhältnis; b. Am schweizerischen Wohnsitz gewährt Orion Rechtsschutz bei zivilrechtlichen Streitigkeiten aus Nachbarrecht mit den direkt angrenzenden Nachbarn betreffend – Beeinträchtigung der Aussicht; – Unterhalt und Grenzabstand von Bäumen und Hecken;	Variante «Basis»: a und b: 3 Monate; c: 1 Jahr Variante «Maxi»: a und b: 1 Monat; c: 1 Jahr	Variante «Basis»: 100'000 in der Schweiz; maximal 10'000 für b und c Variante «Maxi»: 600'000 in der Schweiz; maximal 10'000 für b und c	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, ausser es sei bereits vorher für den Versicherten erkennbar, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten. In letztgenanntem Fall ist der Zeitpunkt der Erkennbarkeit massgebend.	– bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Überschreitung von Belastungsgrenzwerten gemäss Lärmschutzverordnung; – c: bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit Bauprojekten, deren Gesamtkosten CHF 100'000 übersteigen; – c: bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit Asbest.

– Immissionen (wie z. B. Lärm, Rauch, Dünste, Schattenwurf). c. Am schweizerischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers gewährt Orion Rechtsschutz bei Streitigkeiten aus Werkvertrag mit Handwerkern betreffend Baumängel an seiner selbstbewohnten und nicht gewerblich genutzten Liegenschaft.				
11 Option «Immobilienrecht» (Nur mit der Variante «Maxi», wenn «Immobilienrecht» ebenfalls versichert ist.) Rechtsschutz für Grund- und Stockwerkeigentümer Der von Orion im Zusammenhang mit Grund- und Stockwerkeigentum gewährte Rechtsschutz beschränkt sich auf Streitigkeiten betreffend die vom Versicherungsnehmer selbst bewohnte und nicht gewerblich genutzte Liegenschaft an seinem schweizerischen Wohnsitz in folgenden Rechtsbereichen (abschliessende Aufzählung): a. zivilrechtliche Streitigkeiten aus Nachbarrecht mit den direkt angrenzenden Nachbarn sowie Stockwerkeigentümern innerhalb der Stockwerkeigentümergeinschaft betreffend: – Beeinträchtigung der Aussicht; – Unterhalt und Grenzabstand von Bäumen und Hecken; – Immissionen (wie z. B. Lärm, Rauch, Dünste, Schattenwurf). b. Baubewilligungsstreitigkeiten betreffend Bauvorhaben der direkt angrenzenden Nachbarn; c. Streitigkeiten im Zusammenhang mit einer formellen Enteignung;	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: 1 Monat; b, c und f: 1 Jahr	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: 1'000'000 in der Schweiz	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, ausser es sei bereits vorher für den Versicherten erkennbar, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten. In letztgenanntem Fall ist der Zeitpunkt der Erkennbarkeit massgebend.	– bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Überschreitung von Belastungsgrenzwerten gemäss Lärmschutzverordnung; – bei nicht als versichert aufgeführten Streitigkeiten, wie z. B. über die gemeinsamen Kosten des Stockwerkeigentums, über den Erneuerungsfonds, über bauliche oder andere Massnahmen an gemeinsamen Teilen der Liegenschaft, über Miteigentum, über die Verwaltung usw. – f: bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit Bauprojekten, deren Gesamtkosten CHF 100'000 übersteigen; – f: bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit Asbest.

d. Streitigkeiten mit Versicherungen; e. Streitigkeiten aus aktiven und passiven Dienstbarkeiten, Grundlasten, Grenzstreitigkeiten sowie die Geltendmachung von ausservertraglichen Schadenersatzansprüchen für Sachschäden, welche die versicherte Liegenschaft betreffen; f. Streitigkeiten aus Werkvertrag mit Handwerkern betreffend Baumängel. Hinweis: Direkt an eine versicherte Liegenschaft angrenzende, unbebaute, als Garten oder zur Selbstversorgung vom Versicherungsnehmer genutzte und in seinem Eigentum stehende Parzellen sind mitversichert. Besondere Deckungseinschränkungen: Bst. b: für dasselbe Bauvorhaben steht die Versicherungssumme auch bei modifizierten Baugesuchen nur einmal zur Verfügung; Betrifft eine Streitigkeit mit Dritten gemeinschaftliche Teile einer Stockwerkeigentümer-Liegenschaft, werden die Kosten im Verhältnis der Eigentumsquote des Versicherten zum gesamten Eigentum übernommen. Bei Gesamteigentum erfolgt eine analoge Aufteilung der Kosten.				
12 Erbrecht (Nur mit der Variante «Maxi») Streitigkeiten in erbrechtlichen Angelegenheiten; Hinweis: Liegt keine Streitigkeit vor, besteht nur Deckung im Rahmen der telefonischen Rechtsberatung (Orionline) gemäss Art. E1, Abs. 2. Besondere Deckungseinschränkungen:	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: 1 Jahr	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: 3'000 in der Schweiz	Im Zeitpunkt des Todes des Erblassers.	

pro Erbgang wird die Versicherungssumme nur einmal erbracht.				
13 Eherecht / Eingetragene Partnerschaft (Nur mit der Variante «Maxi») Orion gewährt bei Problemen aus Eherecht / eingetragener Partnerschaft Rechtsschutz durch Unterstützung beim Aufsetzen einer Scheidungs- oder Trennungskonvention. Besondere Deckungseinschränkungen: Die Versicherungssumme beträgt CHF 3000 pro versicherten Partner. Bei Streitigkeiten zwischen denselben Partnern wird die Versicherungssumme nur einmal erbracht.	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: 1 Jahr	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: 3'000 in der Schweiz	Der Zeitpunkt, zu dem ein oder beide Ehegatten erstmals die Scheidung, Trennung oder Eheschutzmassnahmen verlangen oder der gemeinsame Haushalt aufgehoben wurde. Das zuerst eingetretene Ereignis ist massgebend.	
14 Steuerrecht (Nur mit der Variante «Maxi») Orion gewährt Rechtsschutz bei Beschwerdeverfahren nach Erhalt eines Einspracheentscheides bei Streitigkeiten vor schweizerischen Steuerbehörden betreffend Einkommens-, Vermögens-, Grundstückgewinn-, Handänderungs- und Liegenschaftsteuer.	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: 1 Jahr	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: 3'000 in der Schweiz	Im Zeitpunkt der ersten Veranlagungsverfügung der Steuerverwaltung.	– bei Verfahren betreffend Nach- und Strafsteuern; – für das Einspracheverfahren bei der Steuerverwaltung.
15 Auslandsreise-Rechtsschutz (Nur mit der Variante «Maxi») Orion gewährt Rechtsschutz in teilweiser Ergänzung von Art. B1 Abs. 6 bei Streitigkeiten aus Ereignissen auf Reisen im Ausland in folgenden Bereichen (abschliessende Aufzählung): a. Miete, Leihe und Hinterlegung einer beweglichen Sache im Ausland; b. Fracht- und Beförderungsvertrag über Transport von Gepäck und/oder eines Motorfahrzeuges im und ins Ausland; c. Reparatur eines Motorfahrzeuges während einer Auslandsreise;	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: keine	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: 600'000 in Europa; 150'000 weltweit	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, ausser es sei bereits vorher für den Versicherten erkennbar, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten. In letztgenanntem Fall ist der Zeitpunkt der Erkennbarkeit massgebend.	– Streitigkeiten im Zusammenhang mit dem Transport eines im Ausland gekauften Fahrzeuges zum Zweck des Imports in die Schweiz.

d. Verträge über Pauschalreisen ins Ausland (inklusive Verträge mit ausländischen Sprachschulen), Miete eines Motorfahrzeuges im Ausland oder vorübergehende Miete eines Ferienheims im Ausland bis maximal 6 Monate (unabhängig vom Buchungsort – auch bei Gerichtsstand in der Schweiz). Besondere Deckungseinschränkungen: Diese Leistungen werden nur subsidiär zu anderen Versicherungen erbracht.				
16 Lenker-Rechtsschutz Streitigkeiten als Lenker eines beliebigen, nicht einer versicherten Person gehörenden Motorfahrzeuges bis 3'500 kg Gesamtgewicht im Rahmen von Art. D1, Abs. 1–3 und 5–6; Besondere Deckungseinschränkungen: Diese Leistungen werden nur subsidiär zu anderen Versicherungen erbracht.	keine	Variante «Basis»: keine Deckung Variante «Maxi»: 100'000 in der Schweiz	Je nach betroffenem versicherten Rechtsgebiet gemäss Art. D1.	

C Modul «Patientenrecht»

C1 Welche Rechtsgebiete und Versicherungssummen sind versichert und was ist die örtliche Geltung?

Rechtsgebiet:	Karenzfrist (siehe Art. E4 Abs. 3):	Versicherungssummen (in CHF) und örtliche Geltung:	Der Rechtsfall gilt als eingetreten:	Zusätzlich zu den Ausschlüssen in Art. E2 besteht keine Versicherungsdeckung:
Patientenrecht Streitigkeiten als Patient gegen Ärzte, Spitäler und andere medizinische Institutionen: a. in der Schweiz; b. im Ausland nur bei notfallmässigen medizinischen Behandlungen. Ein Notfall liegt vor, wenn der Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedarf und eine vorgängige Rückreise in die Schweiz nicht zumutbar ist. Das Modul «Patientenrecht» kann nur in Kombination mit dem Modul «Privatrecht» abgeschlossen werden. Wird das Modul «Privatrecht» entfernt, wird das Modul «Patientenrecht» automatisch ebenfalls entfernt.	1 Monat, ausser bei notfallmässigen Behandlungen	200'000 in der Schweiz, 150'000 weltweit (bei Notfällen)	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, ausser es sei bereits vorher für den Versicherten erkennbar, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten. In letztgenanntem Fall ist der Zeitpunkt der Erkennbarkeit massgebend.	– wenn sich der Versicherte zum Zwecke der Behandlung ins Ausland begibt; – bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit Schönheitsoperationen, ausser es handelt sich um einen infolge Unfall oder Krankheit medizinisch notwendig gewordenen Eingriff.

D Modul «Verkehrsrecht»

Im Verkehrsrecht kommt generell keine Karenzfrist zur Anwendung.

D1 Welche Rechtsgebiete und Versicherungssummen sind versichert und was ist die örtliche Geltung?

Rechtsgebiet:	Versicherungssummen (in CHF) und örtliche Geltung:	Der Rechtsfall gilt als eingetreten:	Zusätzlich zu den Ausschlüssen in Art. E2 besteht keine Versicherungsdeckung:
1 Schadenersatzrecht Geltendmachung von zivilrechtlichen ausservertraglichen Schadenersatzansprüchen für Sach- und Personenschäden (Körperverletzung/Tötung) sowie die daraus unmittelbar resultierenden Vermögensschäden; Beteiligung des Versicherten im Strafverfahren als Zivilkläger, sofern eine solche Intervention notwendig ist, um Ansprüche geltend zu machen. Die Geltendmachung von Ansprüchen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen über die Opferhilfe ist mitversichert.	600'000 in der Schweiz und in Europa; 150'000 weltweit	Im Zeitpunkt der Verursachung des Schadens.	– im Zusammenhang mit Ehrverletzungen; – beim Lenken fremder Fahrzeuge für Schäden an diesen Fahrzeugen.
2 Strafverteidigung Bei gegen den Versicherten gerichteten Straf- und Verwaltungsstrafverfahren, welche im Zusammenhang mit einem Verkehrsunfall oder wegen Missachtung von Verkehrsvorschriften eingeleitet werden.	600'000 in der Schweiz und in Europa; 150'000 weltweit	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Widerhandlung gegen Strafvorschriften.	– im Zusammenhang mit Ehrverletzungen; – bei Fällen wegen Anschuldigung der Verletzung von Verkehrsregeln im ruhenden Verkehr (verbotenes Halten, Parkieren usw.).
3 Ausweisentzug und Besteuerung Bei Verfahren über den Entzug des Führer- oder Fahrzeugausweises sowie über die kantonale Besteuerung von versicherten Fahrzeugen. Besondere Deckungseinschränkungen: Örtliche Geltung: Schweiz	600'000 in der Schweiz	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften.	– bei Verfahren zum Zweck des Erwerbes oder der Umwandlung eines Führerausweises sowie zur Wiedererlangung eines rechtskräftig entzogenen Führerausweises.
4 Eigentums- und Sachenrecht Streitigkeiten aus Eigentum, Besitz oder anderen dinglichen Rechten an einem versicherten Fahrzeug.	600'000 in der Schweiz und in Europa; 150'000 weltweit	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, spätestens aber, wenn für den Versicherten erkennbar wird, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten.	– beim Kauf / Verkauf von Fahrzeugen, wenn der Versicherte diese Geschäfte gewerbsmässig betreibt.

5 Versicherungsrecht Sozialversicherungsrechtliche Streitigkeiten mit schweizerischen öffentlich-rechtlichen Versicherungen (IV, SUVA etc.), Pensionskassen und Krankenkassen sowie Streitigkeiten aus Versicherungsvertrag mit privaten Versicherungseinrichtungen.	600'000 in der Schweiz und in Europa; 150'000 weltweit	– bei Personenschäden: beim erstmaligen Eintritt des Gesundheitsschadens, der eine Arbeitsunfähigkeit oder eine Invalidität zur Folge hat; – bei Streit um angeblich falsche Antragsdeklaration: im Zeitpunkt der Antragsdeklaration; – in allen übrigen Fällen: beim erstmaligen Eintritt des Ereignisses, welches den Anspruch gegenüber der Versicherung auslöst.	
6 Patientenrecht Streitigkeiten betreffend die Behandlung von Verletzungen aus einem versicherten Verkehrsunfall gegen Ärzte, Spitäler und andere medizinische Institutionen.	600'000 in der Schweiz und in Europa; 150'000 weltweit	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, spätestens aber, wenn für den Versicherten erkennbar wird, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten.	
7 Fahrzeug-Vertragsrecht Streitigkeiten aus folgenden obligationenrechtlichen Verträgen betreffend versicherte Fahrzeuge (inklusive deren Zubehör wie Kindersitz, Autoradio usw.): Kauf, Miete, Leihe, Leasing, Hinterlegung, Reparaturauftrag (abschliessende Aufzählung).	600'000 in der Schweiz und in Europa; 150'000 weltweit	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, ausser es sei bereits vorher für den Versicherten erkennbar, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten. In letztgenanntem Fall ist der Zeitpunkt der Erkennbarkeit massgebend.	– beim Kauf / Verkauf von Fahrzeugen und Fahrzeugzubehör, wenn der Versicherte diese Geschäfte gewerbmässig betreibt; – bei Vertragsstreitigkeiten im Zusammenhang mit Wasserfahrzeugen mit einem Katalogpreis über CHF 150'000.
8 Miete einer Garage Streitigkeiten als Dauermieter einer für versicherte Fahrzeuge gemieteten Garage oder Parkplatzes.	600'000 in der Schweiz	Im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, spätestens aber, wenn für den Versicherten erkennbar wird, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten.	

E Gemeinsame Bestimmungen

E1 Welche Leistungen werden erbracht

1. In den versicherten Rechtsfällen übernimmt Orion bis zu den in Art. A4 und B1 aufgeführten Versicherungssummen:
 - a. die Bearbeitung dieser Rechtsfälle durch Orion,
 - b. das Honorar eines Rechtsanwaltes bzw. Prozessbeistandes oder eines Mediators sowie in Abweichung von Art. E5 Abs. 2 als Beschuldigter in einem Strafverfahren für die erste polizeiliche Einvernahme die Kosten für einen Anwalt der ersten Stunde bis maximal CHF 2'000. Lautet die Anklage auf Vorsatz, sind diese Kosten vom Versicherten an Orion zurückzuerstatten,
 - c. die Kosten für ein im Einvernehmen mit Orion bzw. vom Gericht veranlassenes Gutachten,
 - d. Gerichtsgebühren oder andere zulasten des Versicherten gehende Verfahrenskosten inklusive Vorschüsse,
 - e. dem Versicherten auferlegte Prozessentschädigungen an die Gegenpartei inklusive Sicherheitsleistungen,
 - f. das Inkasso einer dem Versicherten aus einem versicherten Fall zustehenden Forderung, sofern der Schuldner diese bestreitet (z. B. nach schweizerischem Recht ab Rechtsvorschlag auf den Zahlungsbefehl). Dies bis zum Vorliegen eines Pfändungsverlustscheines, eines Gesuches um Nachlassstundung, einer Konkursandrohung oder eines Pfandausfallscheins,
 - g. Vorschüsse für Strafkautionen nach einem Unfall zur Vermeidung von Untersuchungshaft,
 - h. die für ein ausländisches Gerichtsverfahren nötigen Übersetzungs- und Reisekosten bis zu CHF 5'000.
2. Telefonische Rechtsberatung (Orionline): Versicherte können sich telefonisch beraten lassen, einschliesslich in nicht aufgeführten Rechtsbereichen.

3. Generell nicht versichert ist die Zahlung von:

- a. Bussen,
- b. Kosten für in Verkehrssachen angeordnete Blutalkohol- und Drogenanalysen, medizinische oder psychologische Untersuchungen sowie Verkehrsunterricht,
- c. Schadenersatz,
- d. betreffend Verkehrsdelikte Kosten und Gebühren des ersten Bescheides in Strafverfahren (z. B. Strafbefehl, Bussenverfügung etc.) und Administrativverfahren (z. B. Verwarnung, Ausweisentzug, etc.). Diese gehen auch bei einer allfälligen Anfechtung zulasten des Versicherten,
- e. Kosten und Honorare zu deren Übernahme ein Dritter verpflichtet ist oder die zulasten eines Haftpflichtigen oder Haftpflichtversicherers gehen; in solchen Fällen bezahlt Orion lediglich Vorschüsse,
- f. Kosten und Honorare in Konkurs- und Nachlassverfahren sowie in Widerspruchs-,

Kollokations- und Aussonderungsprozessen. Bei Konkurs des Versicherungsnehmers erlischt die Leistungspflicht von Orion ab dem Zeitpunkt der Konkurseröffnung auch für bereits eingetretene Schadenfälle.

4. Betrifft ein Ereignis mehrere durch einen oder verschiedene Verträge Versicherte, ist Orion berechtigt, die Leistungen auf die aussergerichtliche Interessenwahrung zu beschränken, bis ein Musterprozess durch von ihr ausgewählte Rechtsanwälte durchgeführt worden ist. Für alle durch denselben Vertrag Versicherten werden die Leistungen zudem zusammengerechnet.

E2 Welche Fälle sind nicht versichert

Nicht versichert sind (alle nachfolgenden Ausschlüsse gehen den Bestimmungen von Art. B1, C1 und D1 vor):

Allgemeine Ausschlüsse:

1. sämtliche in Art. A1, A2, B1, C1 und D1 nicht ausdrücklich als versichert bezeichneten Personen, Versicherteneigenschaften und Rechtsgebiete;
2. Fälle aus Forderungen und Verbindlichkeiten, die Kraft Erbrecht oder durch Abtretung/Schuldübernahme auf den Versicherten übergegangen sind;
3. die Abwehr von ausservertraglichen Schadenersatzansprüchen Dritter. Das ist die Aufgabe einer Haftpflichtversicherung;
4. Fälle im Zusammenhang mit Krieg, Unruhen, Streik oder Aussperrung, Nuklearschäden durch Kernenergie, radioaktiver Strahlung, Chemieunfällen sowie genetisch veränderten Lebensmitteln, Pflanzen und Tieren;
5. Fälle als Beteiligter an Raufereien oder Schlägereien;
6. Fälle gegen einen anderen durch diesen Vertrag Versicherten oder dessen Haftpflichtversicherung (dieser Ausschluss gilt nicht für den Versicherungsnehmer selbst und in Fällen gemäss Art. B1 Abs. 13);
7. Streitigkeiten zwischen Konkubinats- oder Wohnpartnern, Ehegatten und in einer eingetragenen Partnerschaft (Ausnahme: Eherecht / eingetragene Partnerschaft gemäss Art. B1 Abs. 13);
8. Rechtsschutz im Zusammenhang mit dem Inkasso unbestrittener Forderungen oder Fälle aus dem Inkasso von Forderungen gegenüber überschuldeten Schuldnern (z. B. bei Vorliegen eines Verlustscheins oder einschlägiger Betreibungen) oder von verjährten Forderungen;
9. Fälle aus dem Schuldbetreibungs- und Konkursrecht (versichert bleiben Inkassomassnahmen aus versicherten Fällen gemäss Art. E1 Abs. 1 Bst. f);
10. Fälle gegen Orion, deren Organe, deren Mitarbeiter sowie gegen von Orion oder dem Versicherten eingesetzte Anwälte, Notare, Rechtsvertreter, Mediatoren und Experten;

Zusätzliche Ausschlüsse im Privat-Rechtsschutz:

11. vertragliche sowie andere Streitigkeiten im Zusammenhang mit jeglicher (auch nur teilweiser) selbständiger Berufs- oder Erwerbstätigkeit sowie Vorbereitungshandlungen dazu;
12. Fälle in Zusammenhang mit Schwarzarbeit (z. B. fehlender Sozialversicherungsschutz, Arbeitsbewilligung);
13. Fälle aus dem Bereich des Abgaberechts (Ausnahme: Steuerrecht gemäss Art. B1 Abs. 14) und des öffentlichen Planungsrechts;
14. Streitigkeiten im Zusammenhang mit der entgeltlichen Sportausübung und Trainertätigkeit ab einem Streitwert von CHF 30'000. Der massgebende Streitwert richtet sich nach der gesamten Forderung (inkl. Widerklage) und nicht nach Teilklagen;
15. Mit Ausnahme des Ausland-Rechtsschutzes gemäss Art. B1 Abs. 15 Fälle als Eigentümer, Besitzer, Halter, Lenker (Ausnahme: Lenker-Rechtsschutz gemäss Art. B1 Abs. 16), Entlehner, Mieter, Leasingnehmer, Käufer oder Verkäufer von Motorfahrzeugen (mit Ausnahme von Motorfahrrädern), Schienenfahrzeugen sowie von immatrikulationspflichtigen Luft- und Wasserfahrzeugen;
16. Fälle aus dem Gesellschaftsrecht inkl. Verantwortlichkeitsansprüche gegen Gesellschaftsorgane;
17. Streitigkeiten aus dem Kauf und Verkauf von Wertpapieren sowie Beteiligungen an Unternehmen, aus Vermögensverwaltung und Börsengeschäften, Spekulations- oder Termingeschäften, anderen Finanz- und Anlagegeschäften sowie diesbezügliche Streitigkeiten mit allfälligen Vermittlern oder Beauftragten;

Zusätzliche Ausschlüsse im Verkehrs-, Lenker- und Auslandsreise-Rechtsschutz:

18. Fälle, bei denen der Lenker ein im öffentlichen Verkehr nicht zugelassenes Fahrzeug verwendet, zum Führen des Fahrzeuges nicht berechtigt ist, keinen gültigen Führerausweis hat oder ein Fahrzeug lenkt, welches nicht mit gültigen Kontrollschildern versehen ist;
19. Fälle im Zusammenhang mit der aktiven Teilnahme an motorsportlichen Wettkämpfen und Rennen (inkl. nicht bewilligter Rennen auf öffentlichen Strassen), einschliesslich Training;
20. Fälle als Eigentümer/Halter von gewerbmässig genutzten Fahrzeugen (d. h. mit den Fahrten werden fortgesetzt Einnahmen generiert) wie z. B. Taxi, Car, Liefer- und Lastwagen im Transportgewerbe, Fahrschulwagen usw.
21. Fälle wegen der Anschuldigung der Überschreitung der zulässigen Höchstgeschwindigkeit innerorts ab 30 km/h, ausserorts und auf Autostrassen ab 40 km/h sowie auf Autobahnen ab 50 km/h;
22. Fälle im Zusammenhang mit folgenden Ereignissen im Wiederholungsfall: Der Anschuldigung des Fahrens im Zustand der Fahrunfähigkeit wegen der Einwirkung von Alkohol, Medikamenten oder Drogen sowie der Vereitelung der Blutprobe;
23. Fälle als Eigentümer, Halter oder Lenker von Luftfahrzeugen;
24. Fälle im Zusammenhang mit vorsätzlich von einem Versicherten verursachten Verkehrsunfällen.

E3 Verzicht auf Leistungskürzung

Orion verzichtet auf das ihr gesetzlich zustehende Recht auf Leistungskürzung bei grobfahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles, ausser bei rechtskräftiger Verurteilung wegen Fahrens im Zustand der Fahrunfähigkeit wegen der Einwirkung von Alkohol, Medikamenten oder Drogen sowie der Vereitelung der Blutprobe.

E4 Wann gilt die Versicherung (zeitliche Gültigkeit)

1. Ihre Versicherung gilt ab dem Tag, der in der Police aufgeführt ist. Bis zur Aushändigung der Police oder einer definitiven Deckungsbestätigung kann Orion den Antrag ablehnen. In den AVB ist geregelt, in welchen Fällen eine Karenzfrist zur Anwendung gelangt. Orion erbringt ihre Leistungen frühestens ab dem Zeitpunkt, in dem Sie die geschuldete Prämie gemäss dem Zahlungsrhythmus, der in Ihrem Versicherungsvertrag vorgesehen ist, bezahlt haben. Ihre Versicherung gilt für Rechtsfälle, die während der Dauer Ihres Versicherungsvertrags eintreten und Orion gemeldet werden. Jede Vertragspartei kann den Vertrag auf das Ende eines Kalenderjahres schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, und unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist kündigen. In den ersten drei Versicherungsjahren ist diese Kündigung nur auf das Ende des 3. Kalenderjahres und unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist möglich.

Wird der Vertrag nicht gekündigt, verlängert er sich stillschweigend um ein Jahr.

Weitere Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den AVB sowie dem VVG.

Der Versicherungsnehmer muss seine Kündigung an Assura AG, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70., 1009 Pully, richten.

2. Die Verkehrs-Rechtsschutzversicherung kann auf Grund der Hinterlegung der Kontrollschilder nicht gekündigt werden, da die Versicherten generell als Verkehrsteilnehmer versichert sind.
3. Der Versicherungsschutz gilt für Rechtsfälle, die während der Dauer des Vertrags, bzw. nach Ablauf der in Art. B1 (Modul «Privatrecht») und C1 (Modul «Patientenrecht») erwähnten Karenzfrist eintreten, sofern das Rechtsschutzbedürfnis ebenfalls während der Vertragsdauer eingetreten ist und der Fall während dieses Zeitraums angemeldet wird. Bei einer Vorversicherung desselben Risikos und einem zeitlich nahtlosen Übergang entfällt diese Karenzfrist, nicht jedoch bei einer Deckungserweiterung. Keine Deckung besteht, wenn ein Fall erst nach Aufhebung der Police oder der entsprechenden Zusatzdeckung angemeldet wird.

E5 Wie wird ein versicherter Rechtsfall abgewickelt

1. Beim Eintritt eines Rechtsfalles, für den ein Versicherter die Dienste von Orion in Anspruch nehmen will, ist diese sofort schriftlich zu benachrichtigen.
2. Orion bestimmt das zugunsten des Versicherten einzuschlagende Vorgehen. Sie führt die Verhandlungen über eine gütliche Erledigung und

schlägt in geeigneten Fällen eine Mediation vor. Sie entscheidet über den Beizug eines Anwaltes oder Mediators sowie über die Erstellung von Gutachten. Sie kann die Kostengutsprache inhaltlich und betraglich beschränken. Der Versicherte verpflichtet sich, keinen Vertreter zu beauftragen, ohne vorgängig von Orion eine schriftliche Zustimmungserklärung erhalten zu haben. Beauftragt der Versicherte vor der Fallanmeldung an Orion einen Anwalt bzw. Prozessbeistand, einen Gutachter oder einen Mediator, so sind dessen vor der Fallanmeldung entstandenen Kosten nur bis zum Betrag von CHF 300 versichert. Soweit nicht anders vereinbart, rechnet Orion mit dem Anwalt (auch bei einer gerichtlichen Auseinandersetzung) nach Aufwand ab. Vereinbart der Versicherte mit dem Anwalt eine Erfolgsprämie, so wird diese von Orion nicht übernommen.

3. Orion hat das Recht, anstelle der Kostenübernahme gemäss Art. E1 das wirtschaftliche Interesse ganz oder teilweise zu ersetzen. Dieses ergibt sich aus dem Streitwert unter angemessener Berücksichtigung des Prozess- und Inkassorisikos.
4. Falls im Hinblick auf ein Gerichts- oder Verwaltungsverfahren ein Vertreter eingesetzt werden muss sowie bei allfälligen Interessenkollisionen, gewährt Orion dem Versicherten die freie Anwaltswahl. Orion hat das Recht, einen vom Versicherten vorgeschlagenen Anwalt abzulehnen. Der Versicherte kann dann drei Anwälte aus verschiedenen Anwaltskanzleien innerhalb des Gerichtsstandes der Klage vorschlagen, aus welchen Orion den zu Beauftragenden auswählt. Dies gilt unabhängig davon, ob eine Pflicht zur freien Anwaltswahl bestand oder Orion aus anderen Gründen einer Anwaltsbeauftragung zustimmte. Die Ablehnung eines Anwaltes muss nicht begründet werden. Bei einem späteren Anwaltswechsel auf Wunsch des Versicherten hat dieser die dadurch entstehenden Mehrkosten zu übernehmen.
5. Der Versicherte oder sein Rechtsbeistand hat Orion die notwendigen Auskünfte und Vollmachten zu erteilen. Sämtliche mit dem Fall zusammenhängende Akten wie Bussenverfügungen, Vorladungen, Urteile, Korrespondenzen usw. sind unverzüglich an Orion weiterzuleiten. Ist ein Anwalt beauftragt, hat der Versicherte diesen zu ermächtigen, Orion über die Entwicklung des Falles auf dem Laufenden zu halten und ihr insbesondere die zur Beurteilung der Versicherungsdeckung oder der Prozessaussichten nötigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

E6 Meinungsverschiedenheiten

1. Bestehen Meinungsverschiedenheiten über das Vorgehen in einem gedeckten Rechtsfall oder über die Erfolgsaussichten des Rechtsfalles, so begründet Orion unverzüglich schriftlich ihre Rechtsauffassung und weist den Versicherten gleichzeitig auf sein Recht hin, innerhalb von 20 Tagen ein Schiedsverfahren einzuleiten. Verlangt er innerhalb dieser Frist kein Schiedsverfahren, gilt dies als Verzicht. Ab Empfang dieser Mitteilung hat der Versicherte alle erforderlichen

Massnahmen zur Wahrung seiner Interessen selbst zu treffen. Orion ist für die Folgen mangelhafter Interessenvertretung, insbesondere verpasster Fristen, nicht haftbar. Die Kosten dieses Schiedsverfahrens sind von den Parteien hälftig vorzuschüssen und gehen zulasten der unterliegenden Partei. Wird der Kostenvorschuss von einer Partei nicht geleistet, anerkennt diese damit die Rechtsauffassung der Gegenpartei.

2. Die Parteien bestimmen gemeinsam einen Einzelschiedsrichter. Das Verfahren beschränkt sich auf einen einmaligen Schriftenwechsel mit den begründeten Anträgen und der Benennung der angerufenen Beweismittel der Parteien, auf dessen Grundlage der Schiedsrichter seinen Entscheid fällt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO).
3. Leitet der Versicherte bei Ablehnung der Leistungspflicht auf eigene Kosten einen Prozess ein und erlangt er ein Urteil, das für ihn günstiger ausfällt als die ihm von Orion schriftlich begründete Lösung oder als das Ergebnis des Schiedsverfahrens, so übernimmt Orion die dadurch entstandenen Kosten im Rahmen der Versicherungsbedingungen, wie wenn sie diesem Prozess zugestimmt hätte.

E7 Wie wird der Vertrag im Rechtsfall gekündigt

1. Tritt ein versicherter Rechtsfall ein, bei dem Orion leistungspflichtig ist, können beide Vertragsparteien spätestens bei der letzten Leistung den Versicherungsvertrag schriftlich kündigen. Ersetzt Orion in einem Fall das wirtschaftliche Interesse, gilt die Auszahlung desselben als letzte Leistung. Die Versicherungsdeckung erlischt 14 Tage nach Mitteilung der Kündigung an die andere Partei.
2. Orion bleibt der Anspruch auf die Prämie für das laufende Versicherungsjahr gewahrt, falls der Versicherungsnehmer den Vertrag während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt.
3. Eine telefonische Beratung über den Telefonservice Orionline gilt nicht als versicherter Rechtsfall und berechtigt nicht zu einer Kündigung des Vertrags.

E8 Widerrufsrecht und dessen Wirkung

1. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsantrag oder dessen Annahme schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht bei Assura AG, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70, 1009 Pully, widerrufen.
2. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald der Versicherungsnehmer den Versicherungsantrag eingereicht oder den Vertrag angenommen hat.
3. Die Frist ist eingehalten, wenn der Versicherungsnehmer am letzten Tag der Widerrufsfrist seinen Widerruf Assura (Assura AG, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70, 1009 Pully) mitteilt oder seine Widerrufserklärung per Post an Assura übergibt.

4. Der Widerruf bewirkt, dass der Antrag zum Vertragsabschluss oder die Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers von Anfang an unwirksam ist.
5. Die Parteien müssen bereits empfangene Leistungen zurückerstatten.
6. Der Versicherungsnehmer schuldet Orion keine weitere Entschädigung.

E9 Was gilt bezüglich der Prämien

1. Die erste Prämie wird bei der Aushändigung der Police zur Zahlung fällig.
2. Die folgenden Prämien werden an dem in der Police aufgeführten Tag fällig.
3. Wird die Prämie nicht fristgerecht bezahlt, ist Assura berechtigt, eine Mahngebühr zu erheben.
4. Änderungen des Prämientarifs und neue Allgemeine Versicherungsbedingungen werden dem Versicherungsnehmer mit der Rechnungsstellung spätestens 25 Tage vor Ablauf des Kalenderjahres bekanntgegeben. Sie gelten als vom Versicherungsnehmer akzeptiert und gelten ab dem folgenden Versicherungsjahr, sofern er den Vertrag nicht vor Ablauf des laufenden Versicherungsjahres kündigt. Kein Kündigungsrecht besteht, wenn sich Prämienbestandteile, die nicht von Orion oder Assura zu verantworten sind, ändern (z. B. die Eidg. Stempelabgabe oder Kosten im Zusammenhang mit der Prämienhebung), oder wenn sich die Prämie aufgrund der persönlichen Situation des Versicherungsnehmers ändert (z. B. Gewährung oder Wegfall altersbezogener Rabatte, Wechsel von Einzel- auf Mehrpersonenversicherung oder umgekehrt).
5. Vergleiche, die Verpflichtungen zulasten von Orion beinhalten, dürfen vom Versicherten nur mit deren Zustimmung abgeschlossen werden.
6. Jede Prozess- oder Parteientschädigung, die dem Versicherten (gerichtlich oder aussergerichtlich) zugesprochen wird, fällt bis zur Höhe der erbrachten Leistungen Orion zu.

E10 Verletzung von Obliegenheiten

Bei schuldhafter Verletzung der Melde- und Mitwirkungspflichten (z. B. bewusst unvollständige oder falsche Orientierung über den Sachverhalt) kann Orion ihre Leistungen ablehnen oder kürzen.

E11 Kommunikation

1. Schadenmeldungen sind an eines der unten aufgeführten Rechtszentren zu richten, alle übrigen Mitteilungen an den Hauptsitz von Orion in Basel.
2. Alle Mitteilungen (inkl. das Schiedsgerichtsverfahren) erfolgen in der Sprache des Versicherungsvertrags.
3. Wenn die versicherte Person oder Organisation es nicht ausdrücklich untersagt, sind Orion und Assura berechtigt, mit dieser sowie anderen Parteien über elektronische Kommunikationsmittel wie E-Mails zu kommunizieren. Orion und Assura übernehmen keine Verantwortung für das unbefugte Empfangen, Lesen, Weiterleiten, Kopieren,

Verwenden oder Manipulieren von übermittelten Informationen und Daten aller Art.

E12 Was geschieht bei einem Wohnsitzwechsel

Änderungen der Adresse und Verlegung des Wohnsitzes sind Assura innerhalb von 30 Tagen zu melden. Wenn der Versicherungsnehmer seinen zivilrechtlichen Wohnsitz ins Ausland verlegt, erlischt die Versicherung mit Wirkung ab Abmeldedatum bei der zuständigen Schweizer Behörde.

E13 Maklerentschädigung (ungebundener Vermittler)

Wenn ein Dritter, z. B. ein ungebundener Vermittler (Broker/Makler), die Interessen des Versicherungsnehmers bei Abschluss oder Betreuung dieses Versicherungsvertrags wahrnimmt, ist es möglich, dass Assura gestützt auf eine Vereinbarung diesem Dritten für seine Tätigkeit ein Entgelt bezahlt. Wünscht der Versicherungsnehmer nähere Informationen darüber, so kann er sich an den Dritten wenden.

E14 Datenschutz

1. Orion und Assura respektieren die Privatsphäre und bearbeiten Personendaten strikt nach den Vorgaben und Grundsätzen des Bundesgesetzes über den Datenschutz. Sie treffen die erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen zur Sicherstellung eines zeitgemässen und angemessenen Datenschutzes.
2. Orion und Assura bearbeiten Ihre Personendaten u.a. im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss und der Vertragsabwicklung. Nähere Informationen zur Datenbearbeitung durch Orion und Assura (den Zwecken, den Empfängern von Daten, der Aufbewahrung und den Rechten der betroffenen Personen) und zum Datenschutz im Allgemeinen, finden sich in deren jeweiligen Datenschutzerklärungen unter www.orion.ch/datenschutz für Orion und unter <https://www.assura.ch/de/datenschutz-der-assura-ag> für Assura. Sie können auch bei der Orion Rechtsschutz-Versicherung AG, Datenschutz, Postfach, CH 4002 Basel, bzw. datenschutz@orion.ch, für Orion und bei Assura AG, Avenue Charles-Ferdinand-Ramuz 70, 1009 Pully, für Assura bezogen werden.

E15 Wo ist der Gerichtsstand

Für Streitigkeiten aus dem vorliegenden Vertrag anerkennt Orion als Gerichtsstand den schweizerischen Wohnsitz des Versicherten. Hat er keinen schweizerischen Wohnsitz, gilt Basel als Gerichtsstand.

E16 Was geschieht, falls der Zusammenarbeitsvertrag zwischen Assura und Orion beendet wird?

Falls der Zusammenarbeitsvertrag zwischen Assura und Orion beendet wird, wird Ihr Versicherungsvertrag automatisch auf das Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist gekündigt. In diesem Fall behält sich Assura das Recht vor, Ihnen ein neues (gleichwertiges oder ähnliches) Vertragsangebot für eine Rechtsschutzversicherung bei ihrem neuen Partner zu unterbreiten.

E17 Welche gesetzlichen Bestimmungen werden angewendet

Für Sämtliches, das nicht ausdrücklich in den AVB geregelt ist, gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.

E18 Sanktionen

Ungeachtet anderslautender Vertragsbestimmungen entfällt die Leistungspflicht, soweit und solange anwendbare gesetzliche Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen der Leistung aus dem Versicherungsvertrag entgegenstehen.

Bei allfälligen Abweichungen zwischen der deutschen, französischen und italienischen Version der vorliegenden Versicherungsbedingungen ist die französische Version massgebend.

Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherung

Materna Varia

Ausgabe 09.2021

Zusatzversicherung für die Mutterschaft (Aufenthalt in der Privatabteilung eines Spitals oder einer Klinik mit Wahlbeschränkung der Einrichtung und erweiterten ambulanten Leistungen) mit einer dem effektiven Alter der versicherten Person fortlaufend angepassten Prämie

Artikel 1 - Zweck und Grundlagen

1.1 Die Versicherung «Materna Varia» deckt die Kosten für Mutterschaft zu den nachfolgend aufgeführten Bedingungen. Im Nachgang zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG und zu den anderen Sozialversicherungen werden die Kosten gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen (nachfolgend: AVB VVG) und den vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen (nachstehend: BVB) vergütet.

1.2 Im Übrigen gelten die AVB VVG, sofern sie nicht von den vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen abweichen. Die Art. 2.6, 2.7, 3.2, 5.1, 5.3 und 5.4 der AVB VVG sind vorliegend nicht anwendbar.

Artikel 2 – Definitionen

Massgebend für die Besonderen Versicherungsbedingungen sind die folgenden Definitionen:

2.1 Mutterschaft

Sammelbegriff für Schwangerschaft und Entbindung, einschliesslich Komplikationen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Entbindung aller Art bis acht Wochen nach der Geburt.

2.2 Anerkannte Leistungserbringer

Anerkannte Leistungserbringer sind die von Assura AG anerkannten Leistungserbringer, die zur Erbringung von Pflegeleistungen und zur Durchführung von Behandlungen ausgewählt werden können und die auf der Liste der anerkannten Leistungserbringer stehen. Es kann sich insbesondere um anerkannte Spitaleinrichtungen gemäss Artikel 2.2.1 der BVB und anerkannte Ärzte gemäss Artikel 2.2.2. BVB handeln.

2.2.1 Der Begriff «anerkannte Spitaleinrichtungen» bezeichnet von Assura AG anerkannte Spitäler, Kliniken und Geburtshäuser.

2.2.2 Der Begriff «anerkannte Ärzte» bezeichnet die von Assura AG anerkannten Ärzte, die im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung nach KVG zugelassen sind, die eine eigene Praxis führen, die ihre stationären Patienten in einer Spitaleinrichtung behandeln, die auf der Liste der von Assura AG anerkannten Spitaleinrichtungen aufgeführt ist, und die mit dieser Spitaleinrichtung einen Vertrag zur Ausübung ihrer Tätigkeit abgeschlossen haben oder von dieser Spitaleinrichtung akkreditiert worden sind.

Artikel 3 - Geografischer Geltungsbereich

Im Widerspruch zu den Bestimmungen von Art. 5.1, 5.3 und 5.4 der AVB VVG ist die Versicherung nur in der Schweiz gültig.

Artikel 4 - Versichertes Ereignis

Versichert ist die Mutterschaft, die während der Vertragsdauer eintritt. Vorbehalten bleiben Art. 6 BVB und Art. 11 AVB VVG.

Artikel 5 - Leistungen

In Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG sind die folgenden medizinisch notwendigen Leistungen versichert: Die Leistungen nach Art. 5.1, 5.2, 5.3 und 5.4 werden pro Schwangerschaft erbracht.

5.1 Stationäre Leistungen für die Mutter

Übernommen werden die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten in einem Einzelzimmer in der Privatabteilung in allen von Assura AG anerkannten Spitaleinrichtungen in der Schweiz aufgrund der Mutterschaft. Für krankheits- und unfallbedingte Behandlungen, die in keinem Zusammenhang mit der Mutterschaft stehen, werden keine Leistungen erbracht.

5.2 Ambulante Geburt

Bei einer ambulanten Geburt in einer von Assura AG anerkannten Einrichtung oder zu Hause, überweist Assura AG eine einmalige Geburtspauschale von CHF 1'500. Dieser Betrag wird auch bei einer Mehrlingsgeburt nur einmal überwiesen.

5.3 Ambulante Leistungen für die Mutter

Versichert sind 75% der Kosten bis maximal CHF 2'000 pro Mutterschaft und für sämtliche nachstehenden Leistungen:

- Nicht-invasiver pränataler Test (NIPT, Bluttest bei der Mutter zur Feststellung einer eventuellen Trisomie 21, 13 oder 18 des Kindes). Die Kosten für den Test werden übernommen, wenn gemäss dem Abklärungsvorgehen der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) beim Kind ein nachgewiesenes kombiniertes Trisomie-Risiko besteht und der Test von der obligatorischen Krankenversicherung nach KVG nicht übernommen wird.
- Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft (inkl. einer Ultraschalluntersuchung).

- Eine im Zusammenhang mit der Mutterschaft medizinisch notwendige Kontrolluntersuchung 9–12 Wochen nach der Geburt.
- Ein von der obligatorischen Krankenversicherung nach KVG anerkannter Geburtsvorbereitungskurs.
- Ein Rückbildungsgymnastikkurs oder ein Kurs für die Rückbildung nach einer Schwangerschaft.
- Medizinisch notwendige Notfalltransporte im Zusammenhang mit der Mutterschaft in die nächstgelegene Einrichtung, die auf der Spitalliste von Assura AG aufgeführt ist.
- Ein Stillgeld von CHF 200 für den Fall, dass das Neugeborene oder die Neugeborenen während sechs Monaten gestillt wurden. Es ist eine Bestätigung eines Arztes, einer Hebamme oder der Mütterberatung vorzulegen.

5.4 Leistungen für Neugeborene

Assura AG übernimmt im Rahmen der Versicherung «Materna Varia» der Mutter die über die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung gemäss KVG hinausgehenden Kosten der ärztlichen und paramedizinischen Behandlung des/der gesunden Neugeborenen, sofern es/sie ebenfalls bei Assura-Basis AG versichert ist/sind. Diese Leistungen werden lediglich während der Dauer des Aufenthalts der Mutter in einer anerkannten Spitaleinrichtung und maximal während zehn Tagen ab der Geburt des Neugeborenen erbracht.

5.5 Tarife

5.5.1 Die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten bei einem und/oder von einem anerkannten Leistungserbringer, insbesondere einer anerkannten Spitaleinrichtung oder einem anerkannten Arzt sind höchstens im Rahmen der von Assura AG in einer abgeschlossenen Tarifvereinbarung anerkannten Tarife oder im Rahmen der von Assura AG publizierten Höchstarife gedeckt.

5.5.2 Massgebend sind die zum Zeitpunkt der Behandlung gültigen Tarife.

5.6 Liste der anerkannten Leistungserbringer

5.6.1 Assura AG führt eine aktuelle Liste der anerkannten und/oder nicht anerkannten Leistungserbringer. Diese Liste kann jederzeit kostenlos bei Assura AG bezogen oder auf www.assura.ch eingesehen werden.

5.6.2 Assura AG kann die Liste der anerkannten und/oder nicht anerkannten Leistungserbringer während der Vertragslaufzeit jederzeit einseitig kürzen oder erweitern. Aus der Anpassung der Liste ergibt sich kein Kündigungsrecht der versicherten Person.

5.6.3 Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Liste.

5.6.4 Für eine Behandlung bei einem nicht anerkannten Leistungserbringer, insbesondere in einer nicht anerkannten Spitaleinrichtung, werden keine Leistungen erbracht. Art. 8 bleibt vorbehalten.

Artikel 6 – Karenzfrist

Die Mutterschaftskosten werden nach einer Karenzfrist von zwölf Monaten ab Inkrafttreten der Versicherung «Materna Varia» übernommen. Mutterschaftsleistungen werden erst nach Ablauf dieser Karenzfrist übernommen.

Artikel 7 - Altersgrenze

Diese Versicherung erlischt automatisch am Ende des Jahres, in dem die versicherte Person 50 Jahre alt wird.

Artikel 8 - Medizinischer Notfall

Ist die versicherte Person infolge eines medizinischen Notfalles im Rahmen des versicherten Ereignisses «Mutterschaft» nicht in der Lage, einen anerkannten Leistungserbringer (anerkannte Spitaleinrichtung oder anerkannter Arzt) aufzusuchen, hat sie Anspruch auf Rückerstattung derjenigen Leistungen, die Assura AG im Normalfall hätte erbringen müssen. In diesem Fall werden die Leistungen gemäss den Tarifen der nächstgelegenen anerkannten Spitaleinrichtung berechnet.

Artikel 9 – Versicherungsprämie

9.1 Die Versicherungsprämien werden nach Alter und Wohnsitzkanton der versicherten Person festgelegt.

9.2 Die altersabhängige Prämienanpassung erfolgt auf den 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person 26, 31, 36, 41 und 46 Jahre alt wird.

9.3 Die vom Wohnsitzkanton der versicherten Person abhängige Prämienanpassung erfolgt ab dem Zeitpunkt des Wohnsitzwechsels. Unterlässt die versicherte Person es, Assura AG darüber zu informieren oder erfolgt die Meldung verspätet, hat Assura AG das Recht, die Prämie rückwirkend anzupassen.

9.4 Bei einer Prämienerrhöhung aufgrund des Alters kommt Art.10 der AVB VVG zur Anwendung.

9.5 Bei einer Prämienerrhöhung aufgrund des Wohnsitzes hat die versicherte Person das Recht, die vorliegende Versicherungsdeckung innerhalb von drei Monaten nach Mitteilung der neuen Prämie zu kündigen. Die Kündigung tritt am ersten Tag des auf den Empfang der Kündigung folgenden Monats in Kraft.

Artikel 10 – Deckungsbegrenzung

In Abweichung zu Art. 4.1.6 der AVB VVG werden Behandlungen zur Schwangerschaftsschonung und zum Schwangerschaftsabbruch übernommen. **Massnahmen der künstlichen Befruchtung und Sterilitätsbehandlungen sind hingegen von der Deckung ausgeschlossen.** Im Übrigen werden die in Art. 4 der AVB VVG genannten Fälle nicht übernommen, insbesondere im Zusammenhang mit **psychischen, psychosomatischen und neurologischen Krankheiten.**

Assura AG

Besondere Bedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung (mit subsidiärer Unfalldeckung)

Medna

Zusatzversicherung für Kosten von alternativmedizinischen Leistungen, die von Ärzten erbracht werden

Ausgabe 07.2015

Artikel 1 – Leistungsbereich

1.1 Der Leistungsanspruch umfasst komplementärmedizinische Behandlungen, die von einem Arzt erbracht werden und diagnostische oder therapeutische Ziele verfolgen, insofern sie nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

1.2 Nach Abzug einer Franchise von CHF 200 pro Kalenderjahr übernimmt die Assura AG im Umfang von CHF 80 pro Sitzung die Kosten ambulant durchgeführter Therapien im Sinne von Art. 2 sowie – bis zum in Ziffer 1.4 genannten Höchstbetrag – 80% der Medikamente, die vom Arzt im Rahmen der in Artikel 2 aufgeführten Therapien verordnet werden.

1.3 Im Rahmen der vorliegenden Kategorie vergütete Medikamente, die anlässlich der in Artikel 2 genannten Therapien verschrieben und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, müssen bei Swissmedic registriert sein.

1.4 Der versicherte Brutto-Maximalbetrag bei der Vergütung von Medikamenten beträgt CHF 2'000 pro Kalenderjahr.

Artikel 2 – Therapien

2.1 Die vorliegende Versicherungskategorie deckt folgende alternativmedizinische Behandlungen, die von Ärzten und Ärztinnen durchgeführt werden, die das eidgenössische Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen (entsprechend dem KVG):

- anthroposophische Medizin
- chinesische Medizin
- Homöopathie
- Neuraltherapie
- Phytotherapie

2.2 Die vorliegende Versicherungskategorie deckt folgende alternativmedizinische Behandlungen, die von Ärzten und Ärztinnen durchgeführt werden, welche das eidgenössische Diplom besitzen, insofern es sich nicht um Gruppentherapien oder Gruppenkurse handelt:

- Bioresonanz
- ayurvedische Medizin
- Akupressur
- Sophrologie
- autogenes Training
- medizinische Hypnose

Für diese Behandlungen wird von Ziffer 4.1.10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung (AVB) abgewichen.

Artikel 3 – Komplementarität

Für den Fall, dass die in den Artikeln 1 und 2 beschriebenen Leistungen teilweise oder vollständig von einer anderen Versicherungskategorie der Assura AG gedeckt werden, übernimmt die vorliegende Kategorie die dort erhobenen Franchisen.

Artikel 4 - Deckungsbegrenzung

In Abweichung von Art. 4 AVB VVG werden Behandlungen zur **Wiedereingliederung** und **Rehabilitation** übernommen. Ebenfalls gedeckt sind Behandlungen von **psychischen Krankheiten** im Rahmen des obenstehenden Art. 2.2. Die übrigen unter Art. 4 AVB VVG vorgesehenen Fälle sind hingegen von der Deckung ausgeschlossen, insbesondere **bei Unterzeichnung des Versicherungsantrages bestehende Leiden, Folgen von Unfällen, die sich vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages ereignet haben, Palliativbehandlungen sowie Übergewicht**. Nicht übernommen werden im Weiteren Kosten im Zusammenhang mit **Mutterschaft** (im Sinne von **Art. 2.6 AVB VVG** und der in **Art. 4.1.6 AVB VVG** aufgeführten Fälle).

Assura AG

Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung gemäss VVG (mit subsidiärer Unfalldeckung)

Mondia

Zusatzversicherung für Reisen und Ferien

Ausgabe 07.2015

Artikel 1 – Zweck der Versicherung

1.1 In Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den Leistungen anderer Versicherungskategorien der Assura AG übernimmt die Assura AG im Notfall die Kosten wissenschaftlich anerkannter Behandlungen, die die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt von einer Dauer von weniger als 45 aufeinanderfolgenden Tagen beansprucht. Die Vergütung richtet sich nach dem geltenden Ortstarif. Vorbehalten bleibt der nachfolgende Art. 5.

1.2 Versicherte Personen, welche einen Auslandsaufenthalt von mehr als 45 Tage vorsehen und Leistungen aus der vorliegenden Kategorie über die vorgesehene Frist beanspruchen möchten, müssen der Assura AG vorgängig eine entsprechende Anfrage unterbreiten. Eine der effektiven Dauer des Auslandsaufenthaltes entsprechende Verlängerung der Versicherungsdeckung kann gewährt werden.

Artikel 2 – Deckung des Beitrags von versicherten Personen, die den bilateralen Abkommen über den freien Personenverkehr zwischen der Schweiz und der EU bzw. EFTA unterstellt sind

2.1 Auf Vorweisen einer detaillierten Rechnung eines Leistungserbringers eines Mitgliedstaates der Europäischen Union (EU) oder des Europäischen Freihandelsabkommens (EFTA) übernimmt die Assura AG jenen Beitrag, den die versicherte Person in Anwendung der Gesetzgebung des Aufenthaltslandes zu tragen hat (Franchise, Selbstbehalt, usw.)

2.2 Leistungen gemäss Art. 2.1. können nur Personen beanspruchen, welche den bilateralen Abkommen über den freien Personenverkehr zwischen der Schweiz und der EU bzw. EFTA unterstellt sind.

Artikel 3 – Transportkosten im Ausland

Die Assura AG übernimmt die Kosten von medizinisch indizierten Transporten im Ausland, wenn der Gesundheitszustand der versicherten Person den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt.

Artikel 4 – Hilfeleistung im Ausland und Rückführung

4.1 Die Kosten für Hilfeleistung und Rückführung einer versicherten Person sind gemäss der Hilfeleistungsvereinbarung zwischen der Assura AG und der Hilfeleistungsorganisation, deren Bestimmungen integraler Bestandteil der vorliegenden BVB bilden, gedeckt.

4.2 Hilfeleistung und Rückführung sind für die effektive Dauer des Auslandsaufenthaltes versichert.

Artikel 5 – Deckungsbegrenzung

5.1 In Abweichung von Art. 4 AVB VVG werden Behandlungen zur **Wiedereingliederung** und **Rehabilitation** übernommen. Die übrigen unter Art. 4 AVB VVG vorgesehenen Fälle sind hingegen von der Deckung ausgeschlossen, insbesondere **bei Unterzeichnung des Versicherungsantrages bestehende Leiden, Folgen von Unfällen, die sich vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages ereignet haben, Palliativbehandlungen** sowie **Übergewicht**. Nicht übernommen werden im Weiteren Kosten im Zusammenhang mit **Mutterschaft** (im Sinne von **Art. 2.6 AVB VVG** und der in **Art. 4.1.6 AVB VVG** aufgeführten Fälle).

5.2 In Ergänzung zu Art. 4 AVB VVG sind von der vorliegenden Kategorie Krankheiten oder Unfälle ausgeschlossen, die sich vor der Abreise der versicherten Person ereignet haben.

Assura AG

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Zusatz-Krankenversicherung (mit subsidiärer Unfalldeckung)

Mondia Plus

Zusatzversicherung für Reisen und Ferien

Ausgabe 06.2017

A. PFLEGEZUSATZVERSICHERUNG

Artikel 1 – Zweck der Pflegezusatzversicherung

1.1 Versicherte Personen, die einen vorübergehenden Aufenthalt im Ausland (ausserhalb der Schweiz) planen, dessen Dauer 45 aufeinanderfolgende Tage nicht übersteigt, können im Notfall und vorbehaltlich Art. 6 die in Art. 2–5 aufgeführten Leistungen in Anspruch nehmen.

Versicherte Personen, die einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt von mehr als 45 aufeinanderfolgenden Tagen planen und die nachfolgenden Leistungen (Art. 2–5) über die vorgesehene Frist hinaus in Anspruch nehmen möchten, müssen der Assura AG vorgängig eine entsprechende Anfrage unterbreiten. Anschliessend kann eine der effektiven Dauer des Auslandsaufenthaltes entsprechende Verlängerung der Versicherungsdeckung gewährt werden.

Artikel 2 – Behandlungskosten

2.1 In Ergänzung zu den Leistungen gem. KVG und den Leistungen anderer Versicherungskategorien der Assura AG übernimmt die Assura AG im Notfall und unter Vorbehalt von Art. 6 die Kosten wissenschaftlich anerkannter Behandlungen nach schweizerischem Recht. Die Vergütung richtet sich nach dem geltenden Ortstarif.

Artikel 3 – Beitragsdeckung CH – EU/EFTA

3.1 Auf Vorweisen einer detaillierten Rechnung eines Leistungserbringers eines Mitgliedstaates der Europäischen Union (EU) oder der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) übernimmt die Assura AG sämtliche Beiträge, welche die versicherten Personen in Anwendung der Gesetzgebung des Aufenthaltslandes zu tragen haben (Franchise, Selbstbehalt usw.).

3.2 Leistungen gemäss Art. 3.1 können nur versicherte Personen beanspruchen, welche den bilateralen Abkommen über den freien Personenverkehr zwischen der Schweiz und der EU bzw. EFTA unterstellt sind.

Artikel 4 – Transportkosten im Ausland

Die Assura AG übernimmt die Kosten von medizinisch indizierten und der medizinischen Situation angemessenen Transporten im Ausland, wenn der Gesundheitszustand der versicherten Personen den Transport in einem öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt.

Artikel 5 – Hilfeleistung im Ausland und Rückführung

5.1 Die Kosten für Hilfeleistung und Rückführung versicherter Personen sind gemäss der Hilfeleistungsbedingungen für Touristen, die integraler Bestandteil der vorliegenden BVB sind, gedeckt.

5.2 Hilfeleistung und Rückführung sind für die effektive Dauer des Aufenthaltes im Ausland versichert.

Artikel 6 – Deckungsbegrenzung

6.1 In Abweichung zu Art. 4 der allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherungen (AVB VVG) werden Behandlungen zur **Wiedereingliederung** und **Rehabilitation** übernommen. Die übrigen unter Art. 4 AVB VVG aufgeführten Fälle sind hingegen von der Deckung ausgeschlossen, insbesondere **bei Unterzeichnung des Versicherungsantrages bestehende Leiden, Folgen von Unfällen, die sich vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages ereignet haben, psychische Krankheiten, Palliativbehandlungen sowie Übergewicht**. Nicht übernommen werden im Weiteren Kosten im Zusammenhang mit einer **Mutterschaft** (im Sinne von **Art. 2.6 AVB VVG** und der in **Art. 4.1.6 AVB VVG aufgeführten Fälle**).

6.2 In Ergänzung zu Art. 4 AVB VVG sind von der vorliegenden Kategorie Krankheiten oder Unfälle ausgeschlossen, die sich vor der Abreise der versicherten Person ereignet haben.

B. REISEANNULLIERUNGSVERSICHERUNG

Artikel 7 – Zweck der Reiseannullierungs-versicherung

7.1 Die EUROPÄISCHE Reiseversicherungs AG (nachstehend «ERV» oder «Versicherer») gewährt allen Versicherten, die durch eine Mondia Plus-Reiseversicherung über einen Kollektivreiseversicherungsvertrag verfügen, eine Annullierungskostenversicherung.

7.2 Die Versicherung gilt weltweit (Schweiz inklusive) für sämtliche Reisen, deren Dauer 45 Tage nicht überschreitet. Eine Reise, die länger als 45 Tage dauert, ist durch die vorliegende Annullierungskostenversicherung gedeckt, wenn die Assura AG eine Verlängerung der Versicherungsdeckung gemäss

Art. 1.2 Kapitel A der besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) Mondia Plus gewährt hat.

7.3 Der Versicherungsschutz besteht während der gesamten Gültigkeitsdauer der Mondia Plus-Reiseversicherung.

Artikel 8 – Versicherte Ereignisse – Reiseschutz und Freizeitschutz

8.1 Die ERV gewährt den Versicherungsschutz, falls die versicherten Personen aufgrund eines der unten genannten, nach dem Abschluss der Versicherung eingetretenen Ereignisses ganz oder teilweise auf das gebuchte Reise- oder Freizeitangebot verzichten müssen:

8.1.1 Unvorhersehbare schwere Krankheit, schwere Verletzung oder Tod:

- a) einer versicherten Person,
- b) einer mitreisenden Person oder Begleitperson für das Freizeitangebot,
- c) einer nicht an der Reise oder dem Freizeitangebot teilnehmenden Person, die der versicherten Person sehr nahe stand,
- d) des direkten Stellvertreters am Arbeitsplatz, falls dadurch die Anwesenheit der versicherten Person am Arbeitsplatz unerlässlich wird;

8.1.2 Streik (vorbehalten aktive Beteiligung) auf der geplanten Reiseroute im Ausland, Unruhen aller Art, Quarantäne, Epidemien oder Elementarereignisse am Reiseziel, wenn diese das Leben und das Eigentum der versicherten Person konkret gefährden;

8.1.3 Schwere Beeinträchtigung des Eigentums der versicherten Person an ihrem Wohnort infolge Feuer-, Elementar-, Diebstahl- oder Wasserschaden, so dass ihre Anwesenheit zu Hause unerlässlich ist;

8.1.4 Ausfall oder Verspätung – beides infolge technischen Defekts – des zu benützenden öffentlichen Transportmittels zum offiziellen Abreiseort (Flughafen, Abgangsbahnhof, Hafen oder Careinstieg) im Wohnsitzland;

8.1.5 Ausfall (Fahruntüchtigkeit) infolge Unfall oder Panne (exkl. Benzin- oder Schlüsselpanne) des Privatfahrzeugs oder Taxis während der Anreise an die Reisedestination;

8.1.6 Unverschuldete Kündigung des Arbeitsvertrags der versicherten Person oder unvorhersehbarer Antritt einer neuen, dauerhaften Arbeitsstelle der versicherten Person bei einem neuen Arbeitgeber (Beförderungen usw. ausgeschlossen) innerhalb der letzten 30 Tage vor Antritt der Reise;

8.1.7 Kriegerische Ereignisse oder Terroranschläge während 14 Tagen nach deren erstmaligem Auftreten, sofern die versicherte Person im Ausland davon überrascht wird;

8.1.8 Diebstahl von Fahrkarten, Reisepass oder Identitätskarte;

8.2 Ist die Person, welche die Annullierung, den verspäteten Reiseantritt oder den Reiseabbruch durch ein versichertes Ereignis auslöst, mit der versicherten Person weder verwandt noch verschwägert, so besteht ein Leistungsanspruch nur, wenn die versicherte Person die Reise allein antreten bzw. fortsetzen müsste.

Artikel 9 – Versicherte Leistungen – Reiseschutz

9.1 Massgebend für die Beurteilung des Leistungsanspruchs ist das Ereignis, welches die Annullierung, den verspäteten Antritt oder den Abbruch der Reiseleistung auslöst. Vorgängige oder nachträgliche Ereignisse werden nicht berücksichtigt.

9.2 Annullierung

9.2.1 Bei Eintritt des versicherten Ereignisses übernimmt die ERV die effektiv entstehenden Annullierungskosten (exkl. Sicherheits- und Flughafentaxen).

9.2.2 Insgesamt ist diese Leistung durch den Reiseleistungspreis bzw. die versicherte Summe (Art. 9.5) begrenzt. Unverhältnismässige oder mehrmalige Bearbeitungsgebühren sind nicht versichert.

9.3 Verspäteter Reiseantritt

9.3.1 Bei Eintritt des versicherten Ereignisses vergütet die ERV die Mehrkosten für den verspäteten Reiseantritt, wenn die Reiseleistung infolge des versicherten Ereignisses nicht zur vorgesehenen Zeit angetreten werden kann.

9.3.2 Diese Leistung ist auf den Reiseleistungspreis bzw. auf den maximalen Betrag von CHF 5'000 pro Person begrenzt. Werden Mehrkosten geltend gemacht, entfällt der Anspruch auf Annullierungskosten gemäss Art. 9.2.

9.4 Reiseabbruch

Bei Eintritt des versicherten Ereignisses bezahlt die ERV:

- a) die Mehrkosten einer unplanmässigen Rückreise auf der Basis 1. Klasse mit der Bahn und Economy-Klasse mit dem Flugzeug;
- b) die anteilmässigen Kosten der nicht benützten Reiseleistung (exkl. Kosten der ursprünglich gebuchten Rückreise). Diese Leistung ist auf den Reiseleistungspreis bzw. die versicherte Summe (Art. 9.5) begrenzt.

9.5 Leistungsbegrenzung

Die Leistungen sind auf maximal CHF 15'000 pro Ereignis und auf maximal 2 Ereignisse pro Jahr beschränkt.

Artikel 10 – Versicherte Leistungen – Freizeitschutz

10.1 Massgebend für die Beurteilung des Leistungsanspruchs ist das Ereignis, welches die Annullierung des Freizeitangebots auslöst. Vorgängige oder nachträgliche Ereignisse werden nicht berücksichtigt. Ein Freizeitangebot ist eine einmalige Tagesaktivität ohne Übernachtung, die eine Eintritts- oder Partizipationszahlung beinhaltet, wie z. B. ein Tagesausflug, ein Weiterbildungskurs, ein Konzertticket, ein Skiabo, Startgeld für die Teilnahme an einem Sportanlass usw.

10.2 Annullierung

Bei Eintritt des versicherten Ereignisses übernimmt die ERV die effektiv entstehenden Annullierungskosten, maximal jedoch den Preis der jeweiligen Freizeitleistung und auf keinen Fall mehr als die versicherten Summe (Art. 10.3)

10.3 Leistungsbegrenzung

Die Leistungen im Rahmen des Freizeitschutzes sind auf CHF 100 pro Jahr begrenzt.

Artikel 11 – Deckungsbegrenzung

Leistungen sind ausgeschlossen:

11.1 In allen in Art. 6 Kapitel A der Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) der Mondia Plus-Reiseversicherung genannten Fällen.

11.2 Wenn der Leistungsträger (Reiseunternehmer, Vermieter, Veranstalter usw.) die vereinbarte Leistung absagt bzw. aus objektiven Gründen hätte absagen müssen.

11.3 Bei Annullierung gemäss Art. 8.1.1 ohne medizinische Indikation und wenn das Arztzeugnis nicht zum Zeitpunkt der erstmöglichen Feststellung der Reiseunfähigkeit ausgestellt wurde.

11.4 Im Zusammenhang mit Krankheiten und Unfällen, welche zum Zeitpunkt des Auftretens nicht von einem Arzt festgestellt und mittels eines Arztzeugnisses belegt worden sind.

11.5 Wenn der Gutachter (Experte, Arzt usw.), der Feststellungen über das Schadenereignis trifft, mit der versicherten Person verwandt bzw. verschwägert ist und das Gutachten diese direkt begünstigt.

11.6 Im Zusammenhang mit Entführungen;

11.7 Für die Folgen behördlicher Verfügungen (Haft oder Ausreisesperre, Schliessung des Luftraums usw.).

11.8 Für Ereignisse, die beim Lenken eines Motorfahrzeuges oder Bootes ohne den gesetzlich erforderlichen Führerausweis entstehen oder wenn die gesetzlich vorgeschriebene Begleitperson fehlt.

Artikel 12 – Subrogation und Subsidiarität

12.1 Die ERV tritt gegenüber Dritten in sämtliche Rechtsansprüche der Assura AG bzw. des Versicherten für die Bereiche ihrer Leistung(en) ein.

12.2 Die Leistungen gemäss den vorliegenden Bedingungen werden subsidiär zu einer bestehenden staatlichen, obligatorischen oder privaten Versicherung erbracht.

Artikel 13 – Schadenfälle

13.1 Im Schadenfall halten Sie sich bitte an das Vorgehen gemäss dem beigelegten Infoblatt. Sie finden sämtliche Informationen und die Schadenmeldeformulare zum Download auch auf unserer Internetseite www.assura.ch.

13.2 Die versicherte Person hat vor und nach dem Schadenfall alles zu unternehmen, was zur Abwendung oder Minderung und zur Klärung des Schadens beiträgt.

13.3 Der Versicherer muss verlangte Auskünfte, benötigte Dokumente und die Angaben zur Zahlungsverbindung (IBAN des Bank- oder Postkontos) unverzüglich erhalten – bei fehlender Zahlungsverbindung gehen die Überweisungsspesen von CHF 20 zulasten der versicherten Person.

13.4 Bei Erkrankung oder Unfall ist unverzüglich ein Arzt aufzusuchen; dieser ist über die Reisepläne zu orientieren und seinen Anordnungen ist Folge zu leisten. Die versicherte/anspruchsberechtigte Person hat die Ärzte, die sie behandelt haben, von der Schweigepflicht gegenüber den Versicherern zu entbinden.

13.5 Bei schuldhafter Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall ist der Versicherer befugt, die Entschädigung um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei bedingungs-gemässen Verhalten vermindert hätte.

13.6 Die Leistungspflicht des Versicherers entfällt, wenn vorsätzlich unwahre Angaben gemacht, Tatsachen verschwiegen oder die verlangten Obliegenheiten (u. a. Polizeirapport, Tatbestandesaufnahme, Bestätigung und Quittungen) unterlassen werden und dem Versicherer dadurch ein Nachteil erwächst.

Artikel 14 – Vertragsbeziehung zwischen Assura AG und ERV

14.1 In Abweichung zu Art. 20 der AVB ist der Gerichtsstand für Ansprüche aus dieser Annullierungskosten-Versicherung entweder der Sitz der EUROPÄISCHEN Reiseversicherungs AG in Basel oder der schweizerische Wohnsitz der Versicherten Person.

14.2 Die Assura AG behält sich das Recht vor, jederzeit den Partner für das Annullierungsrisiko zu wechseln. In diesem Fall werden die oben aufgeführten Leistungen nach Möglichkeit aufrechterhalten.

14.3 Bei einem Wechsel des Annullierungsrisikopartners teilt die Assura AG der versicherten Person mindestens 30 Tage im Voraus schriftlich alle notwendigen Informationen zu den Leistungen und zum Leistungsanbieter (Name, Kontaktdaten im Schadenfall) mit und sendet ihr die BVB. Die versicherte Person hat daraufhin das Recht, den Vertrag aufzulösen. Dies gilt allerdings nur für die Kategorie Mondia Plus. Diese Kündigung muss schriftlich erfolgen und bei der Assura AG spätestens am Tag vor dem Wechsel des Leistungsanbieters eintreffen.

Artikel 15 – Glossar

15.1 Annullierungskosten

Tritt der Reisende vom Vertrag zurück, so verliert der Reiseveranstalter den Anspruch auf den vereinbarten Reisepreis. Er kann jedoch eine angemessene Entschädigung verlangen. Die Höhe der Entschädigung bestimmt sich nach dem Reisepreis unter Abzug des Wertes der vom Reiseveranstalter ersparten Aufwendungen sowie dessen, was er durch anderweitige Verwendung der Reiseleistungen erwerben kann.

15.2 Elementarereignis

Plötzliches, unvorhersehbares Naturereignis, welches Katastrophencharakter aufweist. Das schadenstiftende Ereignis wird dabei durch geologische oder meteorologische Vorgänge ausgelöst.

15.3 Epidemie

Eine Epidemie ist eine im überdurchschnittlichen Masse örtlich und zeitlich begrenzt auftretende Infektionskrankheit (z. B. Grippe).

15.4 Öffentliche Transportmittel

Öffentliche Transportmittel sind alle für die öffentliche Personenbeförderung zugelassenen Luft-, Land- oder Wasserfahrzeuge. Nicht als öffentliche Verkehrsmittel gelten Transportmittel, die im Rahmen von Rundfahrten/Rundflügen verkehren, sowie Mietwagen und Taxis.

15.5 Reiseleistung

Als Reiseleistungen gelten beispielsweise die Buchung eines Fluges, einer Schiff-, Bus- oder Bahnfahrt, eines Bustransfers oder eines sonstigen Transportes zum Aufenthaltsort oder zurück bzw. vor Ort die Buchung eines Hotelzimmers, einer Ferienwohnung, eines Wohnmobils, eines Hausbootes oder das Chartern einer Yacht.

Assura AG

Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung gemäss VVG (mit subsidiärer Unfalldeckung)

Natura

Zusatzversicherung für Naturheilmethoden

Ausgabe 07.2015

Artikel 1 – Leistungsbereich

1.1 Lässt sich eine versicherte Person durch einen Therapeuten behandeln, der nicht berechtigt ist, zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zu praktizieren, werden die von der vorliegenden Kategorie versicherten Leistungen vergütet, sofern sie einem diagnostischen oder therapeutischen Zweck dienen.

1.2 Nach Abzug einer Franchise von CHF 200 übernimmt die Assura AG 90% der Kosten von ambulanten Behandlungsmethoden, die in dem bei Versicherungsabschluss ausgehändigten Anhang aufgeführt sind. Die Leistungen werden nach den im Anhang vorgesehenen Tarifbestimmungen vergütet.

1.3 Als Therapeut im Sinne der vorliegenden Versicherungskategorie wird anerkannt, wer eine entsprechende Ausbildung vorweisen kann und Mitglied einer der von der Assura AG anerkannten Berufsverbände ist.

1.4 Wird im Rahmen einer Behandlung bei einem Therapeuten die im Anhang festgesetzte Anzahl Sitzungen überschritten, kann die Behandlung nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Assura AG fortgesetzt werden.

Artikel 2 – Bonus

Beansprucht die versicherte Person während einer Zeitspanne von 5 Jahren keine Leistungen der Assura AG aus der vorliegenden Versicherungskategorie, wird die in Art. 1.2 erwähnte Franchise bei der ersten Behandlung, die der genannten Zeitspanne folgt, nicht erhoben.

Artikel 3 – Belege

Die versicherte Person hat nur dann Anspruch auf Rückerstattung der Behandlungskosten, wenn sie eine durch den Therapeuten erstellte Honorarnote oder Rechnung mit Angabe des Behandlungsgrundes, der Natur der erbrachten Behandlungen sowie der Behandlungsdaten und -dauer einreicht.

Artikel 4 – Deckungsbegrenzung

In Abweichung von Art. 4 AVB VVG werden Behandlungen zur **Wiedereingliederung** und **Rehabilitation** übernommen. Die übrigen unter Art. 4 AVB VVG vorgesehenen Fälle sind hingegen von der Deckung ausgeschlossen, insbesondere **bei Unterzeichnung des Versicherungsantrages bestehende Leiden, Folgen von Unfällen, die sich vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages ereignet haben, psychische Krankheiten, Palliativ-behandlungen sowie Übergewicht.**

Nicht übernommen werden im Weiteren Kosten im Zusammenhang mit **Mutterschaft** (im Sinne von **Art. 2.6 AVB VVG** und der in **Art. 4.1.6 AVB VVG** aufgeführten Fälle).

Natura – Anhang zu den besonderen Bedingungen

A. DIE ANERKANNTEN THERAPIEN (ART. 1.2 BVB)

- Akupressur
- Akupunktur
- Aromatherapie
- Bioresonanz
- Chinesische Medizin
- Craniosacral-Therapie
- Etiopathie
- Fasciatherapie – Pulsologie
- Heilende Sophrologie
- Homöopathie
- Iridologie
- Kinesiologie
- Lymphdrainage
- Mesotherapie
- Neuraltherapie
- Orthobionomy
- Osteopathie
- Phytotherapie
- Reflexologie
- Serocytotherapie
- Shiatsu
- Sympathicotherapie

Nur auf ärztliche Verordnung

- Eutonie
- Heileurhythmie

B. ANERKANNTE BERUFSVERBÄNDE UND LEISTUNGSERBRINGER (ART. 1.3 BVB)

- Stiftung zur Anerkennung und Entwicklung der Alternativ- und Komplementärmedizin (ASCA)
Erforderlicher Titel: Praktizierung einer in Art. 1.2 BVB genannten Behandlungsmethode
- Association des praticiens en thérapeutiques naturelles (APTNI)
- Naturärzte-Vereinigung der Schweiz (NVS)
Erforderlicher Titel: Diplom Mitglied A
- Associazione ticinese naturopati & terapisti (ATNT)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Schweizer Verband der approbierten NaturärztInnen und NaturheilpraktikerInnen (SVANAH)
Erforderlicher Titel: Mitglied A

- Verband energetische Therapie (VeT)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Internationaler Therapeutenverband Akupunkt-Massage nach Penzel, Sektion Schweiz
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Europe-Shanghai College of Traditional Chinese Medicine (Akupunktur)
Erforderlicher Titel: Diplom oder Doktorat
- Association internationale de drainage lymphatique manuel (AIDMOV)
Erforderlicher Titel: therapeutisches Zertifikat
- Schweizerischer Verband der Osteopathen (SVO)
Erforderlicher Titel: ordentliche Mitgliedschaft
- Association genevoise d'ostéopathie (AGO)
Erforderlicher Titel: Diplom
- Association suisse des ostéopathes (ASO)
Erforderlicher Titel: Zertifikat höherer Ausbildung in Biomechanik
- Foederatio Osteopathicum Helveticorum (FOH)
Verbindung der Schweizer Osteopathen
Erforderlicher Titel: Diplom der Ecole d'ostéopathie in Belmont
- Registre des ostéopathes de la Confédération helvétique (ROCH)
Erforderlicher Titel: Diplom
- Schweizerisches Register der Osteopathen (RSO)
Erforderlicher Titel: Diplom oder Doktorat
- Société suisse des physiothérapeutes diplômés en ostéopathie (SSPDO)
- Erforderlicher Titel: Diplom in Physiotherapie und Osteopathie
- Schweizer Verband für Osteopathie (SAOM)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Association professionnelle suisse méthode Danis Bois (APSMDB)
Erforderlicher Titel: aktives Mitglied
- Homöopathie Verband Schweiz (HVS)
Erforderlicher Titel: aktives Mitglied
- Verband Klassischer HomöopathInnen (VKH)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Kinesuisse
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Schweizerischer Berufsverband für Kinesiologie (I-ASK)
Erforderlicher Titel: Diplom Mitglied A
- Schweizerischer Berufsverband der Kinesiologinnen und Kinesiologen (SBVK)
Erforderlicher Titel: Grad 3 und 4
- Association professionnelle suisse romande de kinésiologie (APSRK)
Erforderlicher Titel: Grad 3
- Schweizerischer Verband Nicht-Medizinische Kinesiologie (SVNMK)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Weltorganisation für Traditionelle Chinesische Medizin, Schweizer Filiale (AMMTCH)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Fédération de médecine chinoise (FMC)
Erforderlicher Titel: aktives Mitglied
- Schweizerische Berufsorganisation für Traditionelle Chinesische Medizin (SBO-TCM)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Schweizerischer Verband für Ortho-Bionomy (SVOB)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Associations cantonales des infirmières réflexologues
Erforderlicher Titel: Diplom als Krankenschwester und Zertifikat in Reflexologie
- Schweizerischer Verband für Fussreflexzonen-Massage (SVFM)
Erforderlicher Titel: Diplom als Kranken-schwester und des Verbandes
- Verband Reflexzonentherapie am Fuss (VRZF)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Shiatsu Gesellschaft Schweiz (SGS)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Association suisse des sophrologues caycédiens agréés
Erforderlicher Titel: Diplom in medizinischer Sophrologie
- Sophrologues issus de l'Ecole de sophrologie de Genève
Erforderlicher Titel: Diplom in therapeutischer oder erziehender medizinischer Sophrologie
- Verband diplomierter Heileurythmisten in der Schweiz (HEBV)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Association suisse d'eutonie Gerda Alexander (ASEGA)
Erforderlicher Titel: Diplom
- Schweizerische Gesellschaft für Craniosacral Therapie (Cranio Suisse)
Erforderlicher Titel: praktizierendes Mitglied in Craniosacral Therapie

Individuell werden ebenfalls Chiropraktoren, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen mit entsprechenden Berufsausübungsbewilligungen anerkannt, die zusätzlich eine mindestens den Anforderungen der oben erwähnten Berufsverbände entsprechende spezialisierte Ausbildung vorweisen können.

C. LEISTUNGSUMFANG (ART. 1.2 BVB)

Nach Abzug der Jahresfranchise von CHF 200 übernimmt die Assura AG höchstens 90% der nachfolgend aufgeführten Beträge:

Erste Konsultation/Abklärung des

Gesundheitszustandes:

- bis zu 30 Minuten: CHF 50
- jede zusätzliche 1/4 Stunde: CHF 20
- maximal: CHF 130

Konsultationen/weitere Sitzungen:

- bis zu 30 Minuten: CHF 50
- jede zusätzliche 1/4 Stunde: CHF 20
- maximal pro Sitzung: CHF 110

Laboruntersuchungen und verordnete Arzneimittel:

- Maximal pro Jahr: CHF 800

Behandlungsdauer und Wechsel des Therapeuten

Ohne vorgängige Anfrage vergütet die Assura AG jährlich höchstens 12 Konsultationen oder Sitzungen. Jede zusätzliche Sitzung und/oder Verlängerung der Behandlung über die Dauer eines Jahres hinaus muss vorgängig von der Assura AG bewilligt werden. Gleiches gilt bei einem Wechsel des Therapeuten.

Assura AG

NB: Leistungen zum Zwecke der Prävention, des Wohlbefindens oder des Komforts sind von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen.

Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung (mit subsidiärer Unfalldeckung)

Optima Flex Varia

Spitalzusatzversicherung mit Wahlmöglichkeit der Abteilung (privat, halbprivat oder allgemein) und der Spitaleinrichtung gemäss der Liste anerkannter Leistungserbringer

Ausgabe 09.2019

Artikel 1 – Zweck und Grundsätze der Versicherung

1.1 Die Versicherung Optima Flex Varia deckt zu den nachfolgend aufgeführten Bedingungen die wirtschaftlichen Folgen einer stationären Spitalbehandlung infolge Krankheit oder Unfall, die während der Dauer, für welche die Versicherung abgeschlossen wird, entstehen.

1.2 Die versicherte Person kann bei jeder stationären Spitalbehandlung frei wählen, in welcher Abteilung (privat, halbprivat oder allgemein) einer von der Assura AG **anerkannten** Einrichtung sie sich behandeln lassen will. Sie übernimmt einen je nach gewählter Abteilung unterschiedlichen Kostenanteil.

1.3 Die Übernahme einer stationären Spitalbehandlung und der medizinischen Leistungen im Sinne dieser Versicherung erfolgt ohne zeitliche Begrenzung.

1.4 Ein ununterbrochener Aufenthalt in einer oder mehreren Spitaleinrichtungen (inklusive Aufenthalt zur medizinischen Rehabilitation) gilt als eine einzige stationäre Spitalbehandlung.

1.5 Die Deckung des Unfallrisikos kann gegen Prämienzuschlag in den Vertrag eingeschlossen werden. Falls keine Deckung des Unfallrisikos abgeschlossen wird, können die Leistungen der vorliegenden Versicherung im Falle einer unfallbedingten stationären Spitalbehandlung oder einer Folgebehandlung (namentlich bei Rückfällen oder Spätfolgen) nicht gewährt werden. Wünscht die versicherte Person den Einschluss des Unfallrisikos während der Vertragslaufzeit, muss sie einen von der Assura AG zur Verfügung gestellten Gesundheitsfragebogen ausfüllen. Letztere behält sich das Recht vor, die Deckung des Risikos zu akzeptieren oder abzulehnen, eine ärztliche Untersuchung durch ihren Vertrauensarzt anzuordnen oder Vorbehalte anzubringen.

1.6 Im Übrigen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung der Assura AG, soweit die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen nicht davon abweichen.

Artikel 2 – Bedingungen für die Kostenübernahme

2.1 Die versicherte Person teilt der Assura AG **vor ihrem Spitalaufenthalt** schriftlich mit, in welcher Abteilung sie sich behandeln lassen will. Diese Mitteilung an die Assura AG hat spätestens am Tag vor Beginn des Spitalaufenthalts oder in Notfällen am Tag des Spitaleintritts zu erfolgen.

2.2 Gibt die versicherte Person die von ihr gewünschte Abteilung nicht im Voraus **eindeutig und schriftlich** bekannt, hat sie lediglich Anspruch auf die Kostenübernahme eines Spitalaufenthalts in der allgemeinen Abteilung. Das gleiche gilt, wenn die versicherte Person beim Spitaleintritt aus medizinischen Gründen nicht in der Lage ist, die gewünschte Abteilung zu wählen.

2.3 Leistungen werden nur erbracht, wenn die stationäre Spitalbehandlung medizinisch notwendig und insbesondere **wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist**.

2.4 Die versicherte Person hat sich vor dem Spitalaufenthalt darüber zu informieren, ob der von ihr gewählte Leistungserbringer vom Versicherer im Sinne von nachstehendem Artikel 7 anerkannt ist.

2.5 **Die Leistungen werden nur bei Kostenbeteiligung einer Sozialversicherung, insbesondere der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG oder der Unfallversicherung gemäss UVG, in Ergänzung zu deren Leistungen, erbracht.**

2.6 Die im Rahmen des KVG zulasten der versicherten Person gehenden Kostenbeteiligungen (Selbstbehalt, Franchise sowie Spitalbeitrag) sind durch die Versicherung nicht gedeckt.

2.7 Leistungen der vorliegenden Versicherung werden subsidiär zu den gemäss KVG vorgesehenen kantonalen Spitalkostenbeiträgen erbracht.

Artikel 3 – Pflegeleistungen während des Spitalaufenthalts

3.1 Die Assura AG übernimmt die Kosten für die von der versicherten Person während des Spitalaufenthalts benötigten medizinischen und paramedizinischen Behandlungen, sofern sie von einem von der Assura AG anerkannten Leistungserbringer erbracht werden.

3.2 Lässt sich die versicherte Person durch einen von der Assura AG nicht anerkannten Leistungserbringer behandeln, werden die Behandlungskosten, die nicht über eine Sozialversicherung gedeckt sind, bis zu einem Betrag von max. CHF 300 pro Tag rückerstattet.

Artikel 4 – Spitalaufenthalt

4.1 Die Assura AG übernimmt die von einer anerkannten Spital Einrichtung in Rechnung gestellten Kosten für den Spitalaufenthalt und die pauschal verrechnete medizinische und paramedizinische Betreuung in Abhängigkeit der von der versicherten Person vor dem Spitaleintritt gewählten Abteilung.

4.2 Im Falle eines Aufenthaltes in einer nicht anerkannten Einrichtung werden Pensionskosten, die nicht über eine Sozialversicherung gedeckt sind, bis zu einem Betrag von max. CHF 200 pro Tag übernommen.

Artikel 5 – Kostenbeteiligungen und Spitaltaggelder

5.1 Die versicherte Person beteiligt sich je nach der Abteilung, die sie für ihre stationäre Spitalbehandlung gewählt hat, folgendermassen an den Kosten:

Gewählte Abteilung	Kostenbeteiligung der versicherten Person
Allgemeine Abteilung	CHF 0
Halbprivate Abteilung	CHF 100/Tag während höchstens 15 Tagen pro Kalenderjahr
Private Abteilung	CHF 300/ Tag während höchstens 15 Tagen pro Kalenderjahr

5.2 Sind für eine versicherte Person in einem Kalenderjahr mehrere stationäre Spitalbehandlungen in unterschiedlichen Abteilungen erforderlich, betragen die kumulierten Kostenbeteiligungen für die halbprivate und private Abteilung höchstens CHF 4'500.

5.3 Im Falle eines Aufenthaltes in der allgemeinen Abteilung eines anerkannten Leistungserbringers hat die versicherte Person Anspruch auf ein Taggeld von CHF 250 pro Spitalaufenthaltstag für maximal 15 Tage pro Kalenderjahr. **Dieser Anspruch muss entweder vor Spitaleintritt oder spätestens drei Monate nach Spitalaustritt bei der Assura AG schriftlich geltend gemacht werden.**

5.4 Für die Berechnung der Anzahl der der Kostenbeteiligung unterliegenden Spitalaufenthaltstage werden der Eintritts- und Austrittstag als volle Tage gezählt, insofern sie von der Spitaleinrichtung in Rechnung gestellt werden.

5.5 Bei Behandlung durch nicht anerkannte Leistungserbringer im Sinne der Artikel 3.2 und 4.2 wird weder eine Kostenbeteiligung nach Artikel 5.1 erhoben noch ein Taggeld nach Artikel 5.3 entrichtet.

Artikel 6 – Behandlungen im Ausland

6.1 In Abweichung von Artikel 2.4 kann sich die Assura AG nach vorgängiger Zustimmung an den Kosten eines Spitalaufenthaltes im Ausland bis zu einem Betrag von max. CHF 500 pro Tag während höchstens zwei Tagen beteiligen, sofern keine Sozialversicherung Leistungen gewährt. In diesem Fall wird weder eine Kostenbeteiligung nach Artikel 5.1 erhoben noch ein Taggeld nach Artikel 5.3 entrichtet.

6.2 **Notfallmässige Spitalaufenthalte im Ausland werden durch die vorliegende Versicherung nicht gedeckt.**

Artikel 7 – Liste der anerkannten Leistungserbringer

7.1 Nur die von der Assura AG anerkannten Leistungserbringer können für die Erbringung von Pflegeleistungen, die Durchführung von Behandlungen oder die Aufnahme von Patienten ausgewählt werden. Der Versicherer verpflichtet sich daher, der versicherten Person eine aktuelle Liste der **anerkannten Leistungserbringer (namentlich Spital-einrichtungen und/oder Ärzte)** auszuhändigen.

Diese Liste kann jederzeit kostenlos bei der Assura AG bezogen werden.

7.2 Die Assura AG kann die Liste der anerkannten Leistungserbringer während der Vertragslaufzeit ändern. Die versicherte Person ist berechtigt, innerhalb eines Monats nach Mitteilung der Änderung der Liste der anerkannten Leistungserbringer ohne Ausfüllen eines Gesundheitsfragebogens die Erweiterung ihrer Versicherungsdeckung auf die Zusatzversicherungskategorie Ultra Varia mit der entsprechenden Prämienanpassung zu verlangen.

Artikel 8 – Versicherungsprämie

8.1 Die Versicherungsprämien werden je nach Alter, Wohnsitzkanton sowie Geschlecht der versicherten Person festgelegt.

8.2 Die altersabhängige Prämienanpassung erfolgt auf den 1. Januar des Jahres, in welchem die versicherte Person 6, 11, 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86, 91 und 96 Jahre alt wird.

8.3 Die vom Wohnsitzkanton der versicherten Person abhängige Prämienanpassung erfolgt ab dem Zeitpunkt des Wohnsitzwechsels. Unterlässt die versicherte Person es, die Assura AG darüber zu informieren oder erfolgt die Meldung verspätet, hat die Assura AG das Recht, die Prämie rückwirkend anzupassen.

8.4 Bei einer Prämienhöhung aufgrund des Alters kommt Artikel 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Anwendung.

8.5 Bei einer Prämienhöhung aufgrund des Wohnsitzes hat die versicherte Person das Recht, die vorliegende Versicherungsdeckung innerhalb von drei Monaten nach Mitteilung der neuen Prämie zu kündigen. Die Kündigung tritt am ersten Tag des auf den Empfang der Kündigung folgenden Monats in Kraft.

Artikel 9 – Deckungsbegrenzung

In Abweichung zu Artikel 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung (AVB VVG) werden Behandlungen zur **Wiedereingliederung und Rehabilitation** übernommen. Die übrigen unter Art. 4 AVB VVG vorgesehenen Fälle sind hingegen von der Deckung ausgeschlossen, insbesondere **bei Unterzeichnung des Versicherungsantrages bestehende Leiden, Folgen von Unfällen, die sich vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages ereignet haben, psychische Krankheiten, Palliativbehandlungen sowie Übergewicht**. Nicht übernommen werden im Weiteren Kosten im Zusammenhang mit **Mutterschaft** (im Sinne von **Art. 2.6 AVB VVG** und der in **Art. 4.1.6 AVB VVG** aufgeführten Fälle).

Assura AG

Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung (mit subsidiärer Unfalldeckung)

Optima Plus Varia

Zusatzversicherung für den Aufenthalt in der Privatabteilung eines Spitals oder einer Klinik, mit Wahlbeschränkung der Einrichtung und einer dem effektiven Alter der versicherten Person fortlaufend angepassten Prämie

Ausgabe 07.2015

Artikel 1 – Stationäre Behandlung (Einbettzimmer)

1.1 In Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernimmt die Assura AG im Umfang der nachfolgenden Art. 2 und 3 die Kosten der Behandlung und des Aufenthaltes in der Privatabteilung einer von der Assura AG genehmigten Einrichtung.

1.2 Die Leistungen werden ohne zeitliche Begrenzung gewährt.

1.3 Die versicherte Person muss sich in einer für die benötigten Pflegeleistungen geeigneten Einrichtung oder Spitalabteilung behandeln lassen. Andernfalls werden die Leistungen nach dem Tarif des angemessenen, ihrem Wohnort nächstgelegenen öffentlichen Spitals berechnet.

1.4 Die Versicherungsdeckung umfasst nicht die Kostenübernahmepflicht der Kantone gemäss KVG bei stationären oder teilstationären Aufenthalten ausserhalb des Wohnkantons der versicherten Person.

1.5 Lässt sich die versicherte Person statt im Einbettzimmer freiwillig in der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals behandeln, vergütet ihr die Assura AG ein Spitaltaggeld von CHF 100, aber höchstens CHF 1'000 pro Aufenthalt.

Artikel 2 – Medizinische Behandlungen

2.1 Die Assura AG übernimmt die Kosten ärztlicher und paramedizinischer Behandlungen, die die versicherte Person während des Aufenthaltes in einer genehmigten Einrichtung benötigt.

2.2 Lässt sich eine versicherte Person in einer nicht genehmigten Einrichtung behandeln, werden bis zu CHF 300 pro Tag an die Behandlungskosten vergütet.

2.3 Die pauschal in Rechnung gestellte paramedizinische Betreuung wird im Rahmen des Spitalaufenthaltes vergütet (vgl. Art. 3 nachfolgend).

Artikel 3 – Spitalaufenthalt

3.1 Die Assura AG übernimmt die Kosten des Aufenthaltes (Einbettzimmer) und der pauschal in Rechnung gestellten medizinischen Betreuung in einer genehmigten Einrichtung.

3.2 Im Falle eines Aufenthaltes in einer nicht genehmigten Einrichtung sind die Pensionskosten bis zu einem Betrag von CHF 300 pro Tag gedeckt.

Artikel 4 – Besondere Krankenbetreuung

Die Assura AG deckt bis zu einem Rechnungsbetrag von CHF 1'000 pro Kalenderjahr die Kosten für eine besondere Krankenbetreuung im Spital.

Artikel 5 – Behandlungen im Ausland

Die Assura AG übernimmt Behandlungen im Ausland, deren Kosten tiefer sind als derjenige Betrag, den ein Leistungserbringer im Wohnkanton der versicherten Person bei einem identischen Aufenthalt in der Privatabteilung üblicherweise in Rechnung stellen würde. Bedingung für die Kostenübernahme ist die vorgängige Zustimmung der Assura AG und deren Vertrauensarztes.

Artikel 6 – Hilfeleistung im Ausland und Rückführung

Die Kosten für Hilfeleistung und Rückführung einer versicherten Person sind gemäss der Hilfeleistungsvereinbarung zwischen der Assura SA und der Hilfeleistungs-Organisation, deren Bestimmungen integraler Bestandteil der vorliegenden BVB bilden, gedeckt.

Artikel 7 – Liste der genehmigten Leistungserbringer

7.1 Die vorliegende Kategorie versichert Natural- und nicht Geldleistungen, weshalb nur die von der Assura AG genehmigten Leistungserbringer Pflegeleistungen erbringen, Behandlungen durchführen oder Patienten aufnehmen können. Die Assura AG verpflichtet sich, der versicherten Person eine aktuelle Liste der genehmigten Leistungserbringer auszuhändigen.

7.2 Die versicherte Person ist berechtigt, innerhalb eines Monats nach Mitteilung der Änderung der Liste der genehmigten Leistungserbringer die Erweiterung ihrer Versicherungsdeckung auf die Versicherungskategorie Ultra Varia mit der entsprechenden Prämienanpassung zu verlangen.

Artikel 8 – Notfall und medizinische Notwendigkeit

Ist die versicherte Person infolge eines Notfalles oder einer medizinischen Notwendigkeit nicht in der Lage, einen genehmigten Leistungserbringer aufzusuchen, hat sie Anspruch auf Rückerstattung derjenigen Leistungen, die die Assura AG im Normalfall hätte erbringen müssen.

Artikel 9 – Versicherungsprämie

9.1 In Abweichung von Art. 12 AVB variiert die Versicherungsprämie je nach effektivem Alter des Versicherten.

9.2 Die Prämienanpassung erfolgt auf den 1. Januar desjenigen Jahres, in welchem der Versicherte 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 und 91 Jahre alt wird.

Artikel 10 – Deckungsbegrenzung

In Abweichung von Artikel 4 AVB VVG werden Behandlungen zur **Wiedereingliederung** und **Rehabilitation** übernommen. Die übrigen unter Art. 4 AVB VVG vorgesehenen Fälle sind hingegen von der Deckung ausgeschlossen, insbesondere **bei Unterzeichnung des Versicherungsantrages bestehende Leiden, Folgen von Unfällen, die sich vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages ereignet haben, psychische Krankheiten, Palliativbehandlungen sowie Übergewicht.** Nicht übernommen werden im Weiteren Kosten im Zusammenhang mit **Mutterschaft** (im Sinne von **Art. 2.6 AVB VVG** und der in **Art. 4.1.6 AVB VVG** aufgeführten Fälle).

Assura AG

Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung gemäss VVG (mit subsidiärer Unfalldeckung)

Optima Varia

Zusatzversicherung für den Aufenthalt im Zweibettzimmer eines Spitals oder einer Klinik, mit Wahlbeschränkung der Einrichtung und einer dem effektiven Alter der versicherten Person fortlaufend angepassten Prämie

Ausgabe 07.2015

Artikel 1 – Stationäre Behandlung (Zweibettzimmer)

1.1 In Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernimmt die Assura AG im Umfang der nachfolgenden Artikel 2 und 3 die Kosten der Behandlung und des Aufenthaltes in der Privatabteilung einer von der Assura AG genehmigten Einrichtung. Wird in einer Einrichtung der Begriff «Halbprivatabteilung» verwendet, ist dieser anwendbar.

1.2 Die Leistungen werden ohne zeitliche Begrenzung gewährt.

1.3 Die versicherte Person muss sich in einer für die benötigten Pflegeleistungen geeigneten Einrichtung oder Spitalabteilung behandeln lassen. Andernfalls werden die Leistungen nach dem Tarif des angemessenen, ihrem Wohnort nächstgelegenen öffentlichen Spitals berechnet.

1.4 Die Versicherungsdeckung umfasst nicht die Kostenübernahmepflicht der Kantone gemäss KVG bei stationären oder teilstationären Aufenthalten ausserhalb des Wohnkantons der versicherten Person.

1.5 Lässt sich die versicherte Person statt im Zweibettzimmer freiwillig in der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals behandeln, vergütet ihr die Assura AG ein Spitaltaggeld von CHF 100, aber höchstens CHF 1'000 pro Aufenthalt.

Artikel 2 – Medizinische Behandlungen

2.1 Die Assura AG übernimmt die Kosten ärztlicher und paramedizinischer Behandlungen, die die versicherte Person während des Aufenthaltes in einer genehmigten Einrichtung benötigt.

2.2 Lässt sich eine versicherte Person in einer nicht genehmigten Einrichtung behandeln, werden bis zu CHF 300 pro Tag an die Behandlungskosten vergütet.

2.3 Die pauschal in Rechnung gestellte paramedizinische Betreuung wird im Rahmen des Spitalaufenthaltes vergütet (vgl. Art. 3 nachfolgend).

Artikel 3 – Spitalaufenthalt

3.1 Die Assura AG übernimmt die Kosten des Aufenthaltes (Zweibettzimmer) und der pauschal in Rechnung gestellten medizinischen Betreuung in einer genehmigten Einrichtung.

3.2 Hält sich eine versicherte Person in einem Einbettzimmer auf, hat sie die Differenz der Kosten, die aus dieser Wahl resultiert, selber zu tragen.

3.3 Im Falle eines Aufenthaltes in einer nicht genehmigten Einrichtung sind die Pensionskosten bis zu einem Betrag von CHF 200 pro Tag gedeckt.

Artikel 4 – Besondere Krankenbetreuung

Die Assura AG deckt bis zu einem Rechnungsbetrag von CHF 500 pro Kalenderjahr die Kosten für eine besondere Krankenbetreuung im Spital.

Artikel 5 – Behandlungen im Ausland

Die Assura AG übernimmt Behandlungen im Ausland, deren Kosten tiefer sind als derjenige Betrag, den ein Leistungserbringer im Wohnkanton der versicherten Person bei einem identischen Aufenthalt in der Halbprivatabteilung üblicherweise in Rechnung stellen würde. Bedingung für die Kostenübernahme ist die vorgängige Zustimmung der Assura AG und deren Vertrauensarztes.

Artikel 6 – Hilfeleistung im Ausland und Rückführung

Die Kosten für Hilfeleistung und Rückführung einer versicherten Person sind gemäss der Hilfeleistungsververeinbarung zwischen der Assura AG und der Hilfeleistungsorganisation, deren Bestimmungen integraler Bestandteil der vorliegenden BVB bilden, gedeckt.

Artikel 7 – Liste der genehmigten Leistungserbringer

7.1 Die vorliegende Kategorie versichert Natural- und nicht Geldleistungen, weshalb nur die von der Assura AG genehmigten Leistungserbringer Pflegeleistungen erbringen, Behandlungen durchführen oder Patienten aufnehmen können. Die Assura AG verpflichtet sich, der versicherten Person eine aktuelle Liste der genehmigten Leistungserbringer auszuhändigen.

7.2 Die versicherte Person ist berechtigt, innerhalb eines Monats nach Mitteilung der Änderung der Liste der genehmigten Leistungserbringer die Erweiterung ihrer Versicherungsdeckung auf die Versicherungs-kategorie Ultra Varia mit der entsprechenden Prämienanpassung zu verlangen.

Artikel 8 – Notfall und medizinische Notwendigkeit

Ist die versicherte Person infolge eines Notfalles oder einer medizinischen Notwendigkeit nicht in der Lage, einen genehmigten Leistungserbringer aufzusuchen, hat sie Anspruch auf Rückerstattung derjenigen Leistungen, die die Assura AG im Normalfall hätte erbringen müssen.

Artikel 9 – Versicherungsprämie

9.1 In Abweichung von Art. 12 AVB, variiert die Versicherungsprämie je nach effektivem Alter des Versicherten.

9.2 Die Prämienanpassung erfolgt auf den 1. Januar desjenigen Jahres, in welchem der Versicherte 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 und 91 Jahre alt wird.

Artikel 10 – Deckungsbegrenzung

In Abweichung von Art. 4 AVB VVG werden Behandlungen zur **Wiedereingliederung** und **Rehabilitation** übernommen. Die übrigen unter Art. 4 AVB VVG vorgesehenen Fälle sind hingegen von der Deckung ausgeschlossen, insbesondere **bei Unterzeichnung des Versicherungsantrages bestehende Leiden, Folgen von Unfällen, die sich vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages ereignet haben, psychische Krankheiten, Palliativbehandlungen sowie Übergewicht.** Nicht übernommen werden im Weiteren Kosten im Zusammenhang mit **Mutterschaft** (im Sinne von **Art. 2.6 AVB VVG** und der in **Art. 4.1.6 AVB VVG** aufgeführten Fälle).

Assura AG

Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung gemäss VVG (mit subsidiärer Unfalldeckung)

Pecunia

Zusatzversicherung für Taggeld bei Erwerbsausfall

Ausgabe 07.2015 Aktualisierung 01.2022

Artikel 1 - Leistungsbereich

1.1 Bei Lohn- oder Erwerbsausfall infolge krankheits- oder unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit entrichtet die Assura AG Taggelder nach Massgabe der von der versicherten Person gewählten Deckung und der nachfolgenden Bestimmungen. Die Taggelder werden im Verhältnis zum effektiven wirtschaftlichen Verlust der versicherten Person ausbezahlt.

1.2 Die versicherte Person bestimmt die versicherte Summe sowie den Auszahlungsmodus (auf den 31., 61., 91., 121., 151., 181., 271., 361. oder 721. Tag der Arbeitsunfähigkeit).

1.3 Der versicherte Höchstbetrag sowie der Auszahlungsmodus können während des Vertrages infolge Änderung der wirtschaftlichen Verhältnisse oder Wechsel des beruflichen Status der versicherten Person angepasst werden.

1.4 In Abweichung von Art. 4.1.10 AVB wird bei psychischen Krankheiten nach Ablauf der Wartefrist ein Taggeld von maximal CHF 150 während höchstens 60 Tagen entrichtet.

Artikel 2 - Leistungsanspruch

2.1 Der Leistungsanspruch entsteht bei Erwerbsausfall wegen einer Arbeitsunfähigkeit. Die Wartefrist gemäss Ziff. 1.2 ist auf jede Arbeitsunfähigkeit anwendbar.

2.2 Um Leistungen beanspruchen zu können, hat die versicherte Person der Assura AG ein ärztliches Arbeitsunfähigkeitszeugnis einzureichen.

2.3 Die versicherte Person muss der Assura AG im Weiteren eine Lohnausfallbestätigung des Arbeitgebers einreichen. Ist sie selbständig-erwerbend, ist für die Berechnung des Lohnausfalles das der AHV deklarierte Einkommen, bei Fehlen dieser Angaben das Einkommen gemäss Steuererklärung massgebend.

2.4 Bei einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit, die jedoch mindestens 50% betragen muss, wird das versicherte Taggeld anteilmässig bezahlt.

2.5 Ungeachtet der vereinbarten Wartefrist obliegt der versicherten Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit eine ausdrückliche Meldung der Arbeitsunfähigkeit an die Assura AG. Spitaleintrittsmeldungen oder Unfallerkklärungen gelten nicht als Meldungen im Sinne der vorliegenden Bestimmung. Die Assura AG ist berechtigt, bei einer schuldhaft verspäteten Meldung der versicherten Person die Taggelder zu kürzen. Für die Zeit vor der Meldung der Arbeitsunfähigkeit werden in jedem Fall keine Leistungen erbracht.

2.6 Der Leistungsanspruch ist aufgehoben, wenn sich die versicherte Person einer notwendigen ärztlichen Behandlung entzieht oder die Weisungen ihres behandelnden Arztes nicht befolgt. Der Arzt darf während einer Arbeitsunfähigkeit nur mit Zustimmung der Assura AG gewechselt werden.

2.7 Erreicht die versicherte Person das AHV-Rentenalter, wird das versicherte Taggeld automatisch gestrichen.

2.8 Ab dem 361. Tag der vollständigen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit gewährt die Assura AG ihre Leistungen nur in Ergänzung zu denjenigen der Invalidenversicherung (IV).

Artikel 3 - Leistungsdauer

3.1 Nach Bezug des vereinbarten Taggeldes während 720 Tagen erlischt der Leistungsanspruch endgültig.

3.2 Ist eine versicherte Person nur teilweise arbeitsunfähig und wurde das Taggeld entsprechend anteilmässig ausbezahlt, verlängert sich der Leistungsanspruch im Verhältnis zur erfolgten Kürzung.

3.3 Erlischt der Leistungsanspruch einer versicherten Person, wird ihre Versicherungspolice angepasst und die Prämien werden entsprechend herabgesetzt.

3.4 Abweichend von Artikel 11 AVB verzichtet Assura AG darauf, bei Arbeitsunfähigkeit, die zu einem Erwerbsausfall führt und die bei Ablauf des Vertrags bereits besteht, ihre bestehenden Verpflichtungen zur Leistungserbringung zu beenden. Bei einem allfälligen Rückfall besteht keinerlei Anspruch auf eine Leistung.

Artikel 4 - Gebietsbereich

In Abweichung von Art. 5.1 AVB VVG werden nur Leistungen bei Arbeitsunfähigkeiten vergütet, die in der Schweiz eingetreten sind und deren Folgen in der Schweiz behandelt werden.

Artikel 5 - Deckungsbegrenzung

In Abweichung von Art. 4 AVB VVG werden Lohnausfälle aufgrund von Arbeitsunfähigkeit infolge Behandlungen zur **Wiedereingliederung** und **Rehabilitation** übernommen. Ebenfalls gedeckt sind Lohnausfälle infolge psychischer Krankheiten im Rahmen des obenstehenden Art. 1.4. Die übrigen unter Art. 4 AVB VVG vorgesehenen Fälle sind hingegen von der Deckung ausgeschlossen, insbesondere **bei Unterzeichnung des Versicherungsantrages bestehende Leiden, Folgen von Unfällen, die sich vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages ereignet haben**, die übrigen **psychischen Krankheiten, Palliativbehandlungen** sowie **Übergewicht**. Nicht übernommen werden im Weiteren Kosten im Zusammenhang mit **Mutterschaft** (im Sinne von **Art. 2.6 AVB VVG** und der in **Art. 4.1.6 AVB VVG** aufgeführten Fälle).

Assura AG

Besondere Versicherungsbedingungen für die Kapitalversicherung im Fall von Tod und Invalidität infolge eines Unfalles

Previsia

Zusatzversicherung im Fall von Tod und Invalidität infolge eines Unfalles

Ausgabe 08.2007 – Aktualisierung 01.2012

Artikel 1 - Versicherungsvertrag und Gesetz

1.1 Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person werden in der Police und in den Versicherungsbedingungen geregelt.

1.2 Bei Fehlen ausdrücklicher Vertragsbestimmungen ist das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) anwendbar.

Artikel 2 - Leistungsbereich

Im Rahmen dieser Versicherungskategorie werden Leistungen im Fall von Invalidität oder Tod infolge eines Unfalles erbracht.

Artikel 3 - Versicherte Personen

Alle bei der Assura SA versicherten Personen, die jünger als 65 Jahre sind und das entsprechende Aufnahmegesuch stellen, können Leistungen nach den vorliegenden Bedingungen beanspruchen.

Artikel 4 - Beginn der Versicherungsdeckung

Die Versicherungsdeckung beginnt an dem in der Versicherungspolice genannten Datum.

Artikel 5 - Ende der Versicherungsdeckung

5.1 Die Versicherungsdeckung endet mit der rechtsgültigen Kündigung im Sinne der AVB VVG.

5.2 Bei Kindern endet die Versicherungsdeckung automatisch per Ende desjenigen Kalenderjahres, in welchem sie das 18. Lebensjahr vollenden.

Artikel 6 - Art der Leistungen und Versicherungs-beträge

Die Versicherung deckt entsprechend der Wahl der Versicherungssummen:

- ein Todesfallkapital (Art. 7 nachfolgend)
- ein Invaliditätskapital (Art. 8 nachfolgend)

Artikel 7 - Todesfall

7.1 Stirbt eine versicherte Person infolge eines Unfalles, überweist die Assura SA das für den Todesfall vereinbarte Kapital den Begünstigten in folgender Reihenfolge:

- a) dem Ehegatten
- b) den Kindern, einschliesslich Adoptivkindern
- c) den Eltern
- d) den Geschwistern.

Fehlen die vorgenannten Begünstigten, zahlt die Assura SA die Hälfte der versicherten Summe an:

- e) die Grosseltern.

Sind keine der vorgenannten Begünstigten vorhanden, vergütet die Assura SA die Bestattungskosten, jedoch höchstens bis zu 10% der Versicherungssumme.

7.2 Keinen Anspruch auf das Kapital haben Begünstigte, die den Tod der versicherten Person durch ein Verbrechen oder ein Vergehen absichtlich herbeigeführt haben.

7.3 Ehegatten und Kinder aus einer nach dem Unfall geschlossenen Ehe haben keinen Anspruch auf das Kapital.

7.4 Ein für das gleiche Ereignis bereits bezahltes Invaliditätskapital wird vom geschuldeten Todesfallkapital abgezogen.

Artikel 8 – Invalidität

8.1 Erleidet die versicherte Person infolge eines Unfalles eine dauernde erhebliche Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, bezahlt die Assura SA im Falle einer Vollinvalidität ein

der Versicherungssumme entsprechendes Kapital. Im Falle einer Teilinvalidität wird das Kapital entsprechend dem Invaliditätsgrad reduziert. Begründet der gleiche Unfall auch einen Anspruch auf Leistungen aus dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 und dessen Verordnungen, ist die vom UVG-Versicherer auf Basis von Art. 24 UVG ermittelte medizinisch-theoretische Invalidität für die Bemessung der Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität massgebend. In den anderen Fällen wird die medizinisch-theoretische Invalidität gemäss dem nachfolgenden Art. 8.2 bemessen.

8.2 Bei der Berechnung des Kapitals im Invaliditätsfall sind folgende Grundsätze massgebend:

8.2.1 Eine Vollinvalidität liegt vor, wenn jede Berufsausübung wegen Verlusts oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit beider Beine oder beider Füsse, beider Arme oder beider Hände sowie wegen Verlusts oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit eines Armes oder einer Hand, eines Beines oder eines Fusses, wegen vollständiger Erblindung, vollständiger Lähmung oder unheilbarer Geistesstörung nicht mehr möglich ist.

8.2.2 Bei Teilinvalidität wird der Invaliditätsgrad nach folgenden Prozentsätzen der Vollinvalidität bestimmt: Verlust oder vollständige Gebrauchsunfähigkeit:

- eines Armes im Ellbogengelenk
oder oberhalb desselben 70%
- eines Vorderarmes oder einer Hand 60%

- eines Daumens	22%
- eines Zeigefingers	15%
- eines anderen Fingers	8%
- eines Beines oberhalb des Kniegelenks	60%
- eines Beines im Kniegelenk oder unterhalb desselben	50%
- eines Fusses	40%
- eines grossen Zehens	8%
- eines anderen Zehens	3%
- der Sehkraft eines Auges	30%
- der Sehkraft des zweiten Auges bei einem Einäugigen	50%
- des Gehörs auf beiden Ohren	60%
- des Gehörs auf einem Ohr	15%
- des Gehörs auf einem Ohr, wenn dasjenige auf dem anderen Ohr bereits vor dem Unfall vollständig verloren war	30%

8.2.3 Bei nur teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Invaliditätsgrad entsprechend herabgesetzt.

8.2.4 Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile werden die entsprechenden Prozentsätze zusammengezählt. Der Invaliditätsgrad kann jedoch 100 % nicht übersteigen.

8.2.5 Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen wird der Invaliditätsgrad durch den Arzt unter Berücksichtigung der oben erwähnten Prozent-sätze bestimmt.

8.2.6 Waren die durch den Unfall betroffenen Körperteile bereits vor dem Unfall teilweise oder vollständig verloren oder gebrauchsunfähig, wird der Invaliditätsgrad nach Abzug des vorbestandenen Invaliditätsgrades nach den oben erwähnten Grundsätzen bestimmt.

8.2.7 Das Invaliditätskapital wird nach der folgenden Skala bestimmt:

Variante I (progressive Bemessung) für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalles noch nicht das 65. Altersjahr erreicht haben.

Variante II (proportionale Bemessung) für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 65. Altersjahr Jahren überschritten haben.

Kapital			Kapital			Kapital			Kapital		
Tod	Variante		Tod	Variante		Tod	Variante		Tod	Variante	
Inv.	I	II	Inv.	I	II	Inv.	I	II	Inv.	I	II
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	1	26	28	26	51	105	51	76	230	76
2	2	2	27	31	27	52	110	52	77	235	77
3	3	3	28	34	28	53	115	53	78	240	78
4	4	4	29	37	29	54	120	54	79	245	79
5	5	5	30	40	30	55	125	55	80	250	80
6	6	6	31	43	31	56	130	56	81	255	81
7	7	7	32	46	32	57	135	57	82	260	82
8	8	8	33	49	33	58	140	58	83	265	83
9	9	9	34	52	34	59	145	59	84	270	84
10	10	10	35	55	35	60	150	60	85	275	85
11	11	11	36	58	36	61	155	61	86	280	86
12	12	12	37	61	37	62	160	62	87	285	87
13	13	13	38	64	38	63	165	63	88	290	88
14	14	14	39	67	39	64	170	64	89	295	89
15	15	15	40	70	40	65	175	65	90	300	90
16	16	16	41	73	41	66	180	66	91	305	91
17	17	17	42	76	42	67	185	67	92	310	92
18	18	18	43	79	43	68	190	68	93	315	93
19	19	19	44	82	44	69	195	69	94	320	94
20	20	20	45	85	45	70	200	70	95	325	95
21	21	21	46	88	46	71	205	71	96	330	96
22	22	22	47	91	47	72	210	72	97	335	97
23	23	23	48	94	48	73	215	73	98	340	98
24	24	24	49	97	49	74	220	74	99	345	99
25	25	25	50	100	50	75	225	75	100	350	100

Artikel 9 - Unfallfremde Umstände

9.1 Ist der Unfall nur teilweise Ursache des Todes oder der Invalidität, werden die versicherten Leistungen bei Todesfall oder Invalidität auf Grundlage einer ärztlichen Expertise bestimmt.

9.2 Ist der Gesundheitsschaden nur zum Teil infolge des versicherten Unfalles eingetreten, werden die Leistungen verhältnismässig gekürzt.

Artikel 10 – Gebietsbereich

In Abweichung von Art. 5.1 AVB VVG gilt die vorliegende Kategorie weltweit, sofern der Aufenthalt ausserhalb der Schweiz 12 Monate nicht übersteigt.

Artikel 11 – Schadenabwicklung

11.1 Bei einem Unfall ist die Assura SA sofort schriftlich zu informieren.

11.2 Bei einem infolge eines Unfalles sofort oder als Folge eingetretenen Todesfall ist die Assura SA innert 48 Stunden per Telefon oder Telegramm zu benachrichtigen. Die Assura SA kann auf ihre Kosten verlangen, dass eine Autopsie unter Beizug eines Arztes ihrer Wahl durchgeführt wird.

11.3 Nach einem Unfall ist sofort ein diplomierter Arzt beizuziehen und es sind alle erforderlichen Mass-nahmen zur Genesung der versicherten Person zu treffen. Entzieht sich die versicherte Person einer notwendigen Behandlung und verschlimmert sich dadurch ihr Gesundheitszustand, entfällt eine Leistungspflicht der Versicherungen.

Artikel 12 – Gutachten

Herrscht zwischen den Parteien Uneinigkeit über die Schadenhöhe, wird diese für beide Parteien zwingend von Sachverständigen bestimmt. Beide Parteien bezeichnen einen Experten, welche ihrerseits zusammen einen dritten Experten benennen. Sollten sich die Sachverständigen in Bezug auf den dritten Experten nicht einigen können, wird dieser vom Präsidenten des zuständigen Gerichts am schweizerischen Wohnsitz der versicherten Person ernannt. Die Sachverständigen wenden das Konkordat über die Schiedsgerichtsbarkeit an und eröffnen den Parteien ihren Entscheid schriftlich mit einer kurzen Begründung. Die Verfahrenskosten trägt die unterliegende Partei.

Artikel 13 - Nichtbeachtung vertraglicher Pflichten

Kommt die anspruchsberechtigte Person ihren vertraglichen Pflichten nicht nach, ist die Assura SA nicht leistungspflichtig, ausser es wird bewiesen, dass das vertragswidrige Verhalten nicht schuldhaft war und auf den Schaden sowie die Rechte und Pflichten der Assura SA keinen Einfluss hat.

Artikel 14 - Grobes Verschulden

Die Assura SA verzichtet auf das ihr vom Gesetz eingeräumte Recht, die Leistungen aufgrund groben Verschuldens des Versicherten oder Begünstigten herabzusetzen:

- im Todesfall: lediglich gegenüber dem Ehegatten und den Kindern
- im Invaliditätsfall: gegenüber der versicherten Person.

Assura SA

Besondere Versicherungsbedingungen für die Einzel-Unfallversicherung für Erwachsene und Kinder

Previsia Extra

Ausgabe 04.2016

Artikel 1 - Versicherungsgrundlage

1.1 Zusätzlich zu den vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen gelangen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung der Assura AG (AVB VVG) mit Ausnahme der Art. 2.5 AVB VVG, Art. 4.1.2 bis 4.1.16 AVB VVG sowie Art. 8 AVB VVG zur Anwendung.

1.2 Ist keine ausdrückliche Vertragsbestimmung vorhanden, findet das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) Anwendung.

Artikel 2 - Leistungsbereich

Die in der Police namentlich erwähnte Person ist im Umfang der vereinbarten Leistungen versichert.

Artikel 3 - Versicherte Ereignisse

Im Rahmen der vorgesehenen, nachstehenden Bedingungen versichert sind:

- Berufsunfälle im Sinne des UVG
- Nichtberufsunfälle im Sinne des UVG
- Berufskrankheiten im Sinne des UVG
- Ertrinken
- Erfrierungen
- unfallähnliche Körperschädigungen im Sinn des UVG.

Artikel 4 - Deckungsausschlüsse

4.1 Die unter Art. 4.1.2 bis 4.1.16 AVB VVG vorgesehenen Versicherungsausschlüsse sind auf die vorliegenden Besonderen Bedingungen nicht anwendbar.

4.2 Von der vorliegenden Versicherung ausgeschlossen sind Unfälle:

- anlässlich von Kriegsereignissen in der Schweiz.
- anlässlich von Kriegsereignissen in anderen Ländern, ausser der Unfall ereignet sich binnen 14 Tagen seit Beginn der Kampfhandlungen.
- anlässlich von innenpolitischen Unruhen (Gewaltakte gegen Personen und Sachen, Menschenaufläufe, Schlägereien oder Krawalle) und der dagegen ergriffenen Massnahmen, ausser die versicherte Person beweist, dass sie nicht auf Seiten der Unruhestifter aktiv oder durch Anzettlung an diesen Unruhen beteiligt war.
- anlässlich von Erdbeben in der Schweiz.
- anlässlich der Teilnahme an motorisierten Wettkämpfen und Trainingsläufen.
- im Dienste einer ausländischen Armee.
- anlässlich von Verbrechen oder Vergehen, die von der versicherten Person verübt werden.
- infolge ionisierender Strahlen jeglicher Art.

- infolge medizinischer oder chirurgischer Eingriffe, ausser diese sind infolge eines versicherten Unfalles notwendig.
- infolge der Einnahme oder Injektion von Medikamenten, Drogen oder chemischen Produkten, die nicht ärztlich verordnet wurden.
- anlässlich des Steuerns von Verkehrsmitteln durch die versicherte Person, wenn diese nicht im Besitz der behördlich verlangten Ausweise und Bewilligungen ist.

4.3 Von der Versicherung ausgeschlossen sind die Folgen von Unfällen, die vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages eingetreten sind.

Artikel 5 - Beginn und Ende der Versicherungsdeckung

5.1 Der Leistungsanspruch beginnt an dem in der Versicherungspolice genannten Datum. Massgebend für den Leistungsanspruch der nachstehenden Art. 7 und 8 ist, dass der die Invalidität bzw. den Tod verursachende Unfall nach Unterzeichnung des Versicherungsantrages eingetreten ist.

5.2 Der Versicherungsnehmer kann die vorliegende Versicherungsdeckung nach den Voraussetzungen von Art. 9 AVB VVG kündigen. In diesem Falle endet sie mit Ablauf der Kündigungsfrist.

5.3 Wenn das versicherte Kind die Volljährigkeit erreicht, passt die Assura AG die Kapitalien automatisch an. Die versicherte Person kann daraufhin ihre Versicherungsdeckung ändern oder kündigen. Art. 11 AVB VVG findet sinngemäss Anwendung.

Artikel 6 - Leistungsanspruch nach Erlöschen der Versicherungsdeckung

In Abweichung von Art. 11 AVB VVG erbringt die Assura AG bei noch nicht abgeschlossenen Unfallbehandlungen Leistungen über das Ende der Versicherungsdeckung hinaus.

Artikel 7 - Todesfall

7.1 Stirbt eine versicherte Person infolge eines Unfalles, überweist die Assura AG das für den Todesfall vereinbarte Kapital den Begünstigten in folgender Reihenfolge:

- a) dem Ehegatten oder dem eingetragenen Partner,
- b) den Kindern, einschliesslich Adoptivkindern,
- c) den Eltern,
- d) den Geschwistern.

Fehlen die vorgenannten Begünstigten, zahlt die Assura AG die Hälfte der versicherten Summe an:

- e) die Grosseltern.

Sind keine der vorgenannten Begünstigten vorhanden, vergütet die Assura AG die Bestattungskosten, jedoch höchstens bis zu 10% der Versicherungssumme.

7.2 Keinen Anspruch auf das Kapital haben Begünstigte, die den Tod der versicherten Person durch ein Verbrechen oder ein Vergehen absichtlich herbeigeführt haben.

7.3 Ein für das gleiche Ereignis bereits bezahltes Invaliditätskapital wird vom geschuldeten Todesfallkapital abgezogen.

7.4 Stirbt das versicherte Kind, bevor es zwei Jahre und sechs Monate alt ist, so darf die Assura AG ein Todesfallkapital von höchstens CHF 2'500 ausbezahlen. Stirbt das Kind, bevor es das zwölfte Lebensjahr vollendet hat, so darf die Assura AG aus sämtlichen bestehenden Versicherungen auf das Leben des Kindes ein Todesfallkapital von höchstens CHF 20'000 ausbezahlen.

Artikel 8 - Invalidität

8.1 Erleidet die versicherte Person infolge eines Unfalles eine dauernde erhebliche Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, bezahlt die Assura AG im Falle einer Vollinvalidität ein der Versicherungssumme entsprechendes Kapital. Im Falle einer Teilinvalidität wird das Kapital entsprechend dem Invaliditätsgrad reduziert. Begründet der gleiche Unfall auch einen Anspruch auf Leistungen gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 und dessen Verordnungen, ist die vom UVG-Versicherer auf Basis von Art. 24 UVG ermittelte medizinisch-theoretische Invalidität für die Bemessung der Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität massgebend. In den anderen Fällen wird die medizinisch-theoretische Invalidität gemäss dem nachfolgenden Art. 8.2 bemessen.

8.2 Bei der Berechnung des Kapitals im Invaliditätsfall sind folgende Grundsätze massgebend:

8.2.1 Eine Vollinvalidität liegt vor, wenn jede Berufsausübung wegen Verlusts oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit beider Beine oder beider Füsse, beider Arme oder beider Hände sowie wegen Verlusts oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit eines Armes oder einer Hand, eines Beines oder eines Fusses, wegen vollständiger Erblindung, vollständiger Lähmung oder unheilbarer Geistesstörung nicht mehr möglich ist.

8.2.2 Bei Teilinvalidität wird der Invaliditätsgrad nach folgenden Prozentsätzen der Vollinvalidität bestimmt:

Verlust oder vollständige Gebrauchsunfähigkeit:

- eines Armes im Ellbogengelenk oder oberhalb desselben 70%
- eines Vorderarmes oder einer Hand 60%
- eines Daumens 22%
- eines Zeigefingers 15%
- eines anderen Fingers 8%
- eines Beines oberhalb des Kniegelenks 60%
- eines Beines im Kniegelenk oder unterhalb desselben 50%
- eines Fusses 40%
- eines grossen Zehens 8%
- eines anderen Zehens 3%
- der Sehkraft eines Auges 30%
- der Sehkraft des zweiten Auges bei einem Einäugigen 50%
- des Gehörs auf beiden Ohren 60%
- des Gehörs auf einem Ohr 15%
- des Gehörs auf einem Ohr, wenn dasjenige auf dem anderen Ohr bereits vor dem Unfall vollständig verloren war 30%

8.2.3 Bei nur teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Invaliditätsgrad entsprechend herabgesetzt.

8.2.4 Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile werden die entsprechenden Prozentsätze zusammengezählt. Der Invaliditätsgrad kann jedoch 100% nicht übersteigen.

8.2.5 Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen wird der Invaliditätsgrad durch den Arzt unter Berücksichtigung der oben erwähnten Prozentsätze bestimmt. Bei Uneinigkeit in Bezug auf die Schlussfolgerungen des Arztes behält sich die Assura AG das Recht vor, einen Experten zu beauftragen.

8.2.6 Waren die durch den Unfall betroffenen Körperteile bereits vor dem Unfall teilweise oder vollständig verloren oder gebrauchsunfähig, wird der Invaliditätsgrad nach Abzug des vorbestandenen Invaliditätsgrades nach den oben erwähnten Grundsätzen bestimmt.

8.2.7 Das Invaliditätskapital wird nach der folgenden Skala bestimmt:

- Variante I (progressive Bemessung) für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalles noch nicht das 65. Altersjahr erreicht haben.
- Variante II (proportionale Bemessung) für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 65. Altersjahr überschritten haben.

Kapital			Kapital			Kapital			Kapital		
Grad	Variante		Grad	Variante		Grad	Variante		Grad	Variante	
Inv.			Inv.			Inv.			Inv.		
	I	II		I	II		I	II		I	II
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	1	26	28	26	51	105	51	76	230	76
2	2	2	27	31	27	52	110	52	77	235	77
3	3	3	28	34	28	53	115	53	78	240	78
4	4	4	29	37	29	54	120	54	79	245	79
5	5	5	30	40	30	55	125	55	80	250	80
6	6	6	31	43	31	56	130	56	81	255	81
7	7	7	32	46	32	57	135	57	82	260	82
8	8	8	33	49	33	58	140	58	83	265	83
9	9	9	34	52	34	59	145	59	84	270	84
10	10	10	35	55	35	60	150	60	85	275	85
11	11	11	36	58	36	61	155	61	86	280	86
12	12	12	37	61	37	62	160	62	87	285	87
13	13	13	38	64	38	63	165	63	88	290	88
14	14	14	39	67	39	64	170	64	89	295	89
15	15	15	40	70	40	65	175	65	90	300	90
16	16	16	41	73	41	66	180	66	91	305	91
17	17	17	42	76	42	67	185	67	92	310	92
18	18	18	43	79	43	68	190	68	93	315	93
19	19	19	44	82	44	69	195	69	94	320	94
20	20	20	45	85	45	70	200	70	95	325	95
21	21	21	46	88	46	71	205	71	96	330	96
22	22	22	47	91	47	72	210	72	97	335	97
23	23	23	48	94	48	73	215	73	98	340	98
24	24	24	49	97	49	74	220	74	99	345	99
25	25	25	50	100	50	75	225	75	100	350	100

Artikel 9 - Taggeldversicherung bei Arbeitsunfähigkeit

9.1 Im Falle einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bezahlt die Assura AG für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit das vereinbarte Taggeld pro Kalendertag.

9.2 Im Falle einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit reduziert sich das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsfähigkeit.

9.3 Für den Unfalltag selbst werden keine Leistungen entrichtet. Die vereinbarte Wartefrist beginnt am Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wurde, frühestens aber am Tag nach dem Unfall.

9.4 Der Anspruch auf Leistungen erstreckt sich im Höchstfall auf 720 Tage pro Unfall binnen 5 Jahren ab dem Unfalltag. Für die Berechnung der Wartefrist werden die Tage der vollständigen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit als ganze Tage gezählt und nicht an die Dauer des Leistungsanspruches angerechnet.

9.5 Die Folgen eines Unfalls gelten bezüglich Leistungsdauer und Wartefrist als neuer Fall, wenn die versicherte Person vor dem Rückfall infolge dieses Unfalls für 12 Monate nicht arbeitsunfähig war. Bei Rückfällen innert 12 Monaten entfällt die Wartefrist und bereits bezogene Leistungen werden in die Berechnung der maximalen Leistungsdauer miteinbezogen.

Artikel 10 - Kapital bei Spitalaufenthalt

10.1 Bei Eintritt eines versicherten Ereignisses zahlt die Assura AG im Falle eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthalts in der Akutabteilung eines Spitals ein bestimmtes Kapital aus.

10.2 Im Ausland wird das vorgenannte Kapital im Falle eines medizinisch notwendigen stationären Spitalaufenthaltes von mindestens drei Tagen ausgezahlt.

10.3 Das versicherte Kapital wird in der Versicherungspolice festgelegt.

10.4 Lässt sich eine versicherte Person, die bei der Assura AG eine Spitalzusatzversicherung für den Aufenthalt in der Privatabteilung abgeschlossen hat, freiwillig auf der allgemeinen Abteilung einer gemäss Art. 39 KVG in der kantonalen Spitalliste aufgeführten Einrichtung behandeln, wird für Minderjährige ein zusätzliches Kapital von CHF 500 und für Erwachsene von CHF 1'000 gewährt.

10.5 Das Kapital wird der versicherten Person - oder den Begünstigten - gegen Vorlage der Originalrechnung der Spitaleinrichtung, in der sie sich behandeln liess, gewährt.

10.6 Das Kapital wird höchstens einmal pro Kalenderjahr und einmal pro versichertes Ereignis ausgezahlt, unabhängig von der Anzahl der damit verbundenen Spitalaufenthalte.

Artikel 11 - Tagespauschale im Falle eines Spitalaufenthaltes

11.1 Für die medizinisch notwendige Dauer des Spitalaufenthaltes und binnen 5 Jahren ab Unfalltag vergütet die Assura AG die vereinbarte Tagespauschale.

11.2 Die Assura AG gewährt die vereinbarte Tagespauschale auch im Falle von Kuren, die ärztlich verordnet und mit ihrer Zustimmung in einer spezialisierten Einrichtung durchgeführt werden.

11.3 Im Falle eines nach einem Spitalaufenthalt ärztlich verordneten Erholungsaufenthaltes bezahlt die Assura AG während höchstens 4 Wochen 50 % der vereinbarten Tagespauschale.

11.4 Wird die versicherte Person zu Hause von einer medizinischen Pflegeorganisation betreut und kann aus diesem Grunde ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, bezahlt die Assura AG während höchstens 180 Tagen 50 % der vereinbarten Tagespauschale.

11.5 Die vereinbarte Tagespauschale bei Spitalaufenthalt im Sinne von Art. 11.1 wird verdoppelt:

- bei Unfällen, die sich im Ausland ereignen und solange ein Spitalaufenthalt vor Ort medizinisch notwendig ist.

- im Falle eines gleichzeitigen Spitalaufenthaltes der versicherten Person und ihres Ehegatten infolge desselben Unfalles.

Artikel 12 - Heilungskosten und diverse Kosten

12.1 Die Assura AG erbringt die folgenden Leistungen zeitlich unbeschränkt und unter Vorbehalt einer Beschränkung der Deckungssumme unlimitiert:

12.1.1 Heilungskosten in der Schweiz

Die Assura AG übernimmt die Kosten für notwendige Behandlungen, die durch einen Arzt, Chiropraktor oder Zahnarzt durchgeführt oder verschrieben werden, sowie die Kosten für Behandlung, Aufenthalt und Verpflegung in der Privatabteilung (1-Bett-Zimmer) eines Spitals oder einer Klinik.

12.1.2 Heilungskosten im Ausland

Die Assura AG übernimmt auf Vorweisen einer detaillierten auf Französisch, Deutsch, Italienisch, Spanisch oder Englisch verfassten Rechnung notwendige ambulante oder stationäre Behandlungen, wenn sich der versicherte Unfall im Ausland ereignet. Auf Vorweisen einer detaillierten Rechnung eines Leistungserbringers eines Mitgliedstaates der Europäischen Union (EU) oder der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) übernimmt die Assura AG zudem jenen Beitrag, den die versicherte Person in Anwendung der Gesetzgebung des Aufenthaltslandes zu tragen hat (Franchise, Selbstbehalt usw.).

12.1.3 Beitrag an die Unterhaltskosten

Die Assura AG vergütet den gemäss UVG und MVG von der versicherten Person zu leistenden Beitrag an die Unterhaltskosten bei einem Spitalaufenthalt.

12.1.4 Kosten für Komplementärmedizin

Die Assura AG übernimmt die Kosten für folgende Therapien (vollständige Liste):

- Akupressur
- Akupunktur
- Aromatherapie
- Bioresonanz
- Lymphdrainage
- Etiopathie
- Fasciatherapie – Pulsologie
- Homöopathie
- Iridologie
- Kinesiologie
- Chinesische Medizin
- Mesotherapie
- Orthobionomy
- Osteopathie
- Phytotherapie
- Reflexologie
- Serocytotherapie
- Shiatsu
- Heilende Sophrologie
- Sympathicotherapie
- Craniosacral-Therapie
- Neuraltherapie

Nur auf ärztliche Verordnung

- Heileurythmie
- Eutonie

Voraussetzung für die Kostenübernahme ist, dass die Therapien durch Therapeuten durchgeführt werden, die einem gemäss Anhang 1 der vorliegenden besonderen Versicherungsbedingungen anerkannten Berufsverband angehören. Der erwähnte Anhang ist integrierender Bestandteil des Vertrags. Er kann einer einseitigen Änderung durch den Versicherer unterworfen sein, namentlich zur Anpassung an eine Änderung des Kreises der Leistungserbringer. In diesen Fällen erwachsen keine Kündigungsansprüche für die Versicherten. Der Anhang kann jederzeit über die Website der Assura AG oder auf Anfrage telefonisch oder in den Niederlassungen der Assura AG bezogen werden.

12.1.5 Krankenpflege zu Hause

Die Assura AG vergütet einen Höchstbetrag von CHF 300 pro Tag, wenn die versicherte Person eine vom Arzt verschriebene und durch eine medizinische Pflegeorganisation durchgeführte Behandlung beansprucht.

12.1.6 Haushaltshilfe

Bei einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % vergütet die Assura AG die Kosten für die Haushaltsführung durch einen Betreuungsdienst bis zu einem Betrag von CHF 80 pro Tag, aber höchstens bis CHF 6'000 pro Fall.

12.1.7 Kinderbetreuung

Wird eine versicherte erwachsene Person ins Spital eingeliefert, vergütet die Assura AG die Kosten für die Betreuung von Kindern bis 15 Jahren, die im gleichen Haushalt leben, bis zu einem Betrag von CHF 80 pro Tag, aber höchstens bis CHF 6'000 pro Fall.

12.1.8 Kosten für die Begleitung im Spital

Wird ein minderjähriges Kind ins Spital eingeliefert, übernimmt die Assura AG die Kosten für die Übernachtung der Begleitung im Spital bis zu einer Höhe von CHF 100 pro Tag, aber höchstens bis CHF 3'000 pro Fall. Dasselbe gilt für die Kosten für ein Kind unter fünf Jahren, das mit seiner verunfallten Mutter oder seinem verunfallten Vater im Spital übernachten muss.

12.1.9 Pflege der Kinder zu Hause

Wird ein versichertes Kind zu Hause gepflegt, deckt die Assura AG während 6 Monaten bis zu einem Betrag von CHF 80 pro Tag auch die zusätzlichen Ausgaben für Personen, die von einer Organisation zur Verfügung gestellt werden. Ist das Kind im schulpflichtigen Alter, muss es unfähig sein, die Schule zu besuchen.

12.1.10 Kuren und Erholungsaufenthalte

Die Assura AG übernimmt vollumfänglich die Kosten für ärztlich verordnete Behandlungen in der Schweiz und im Ausland. Die zusätzlichen Kosten für Aufenthalt und Verpflegung werden bis zu einer Höhe von CHF 200 pro Tag, aber höchstens bis CHF 6'000 pro Fall übernommen.

12.1.11 Hilfsmittel

Sofern der Unfall eine ärztliche Behandlung oder einen Spitalaufenthalt nach sich gezogen hat, übernimmt die Assura AG die Kosten für den Ersterwerb von Prothesen, Brillen, Hörgeräten und orthopädischen Hilfsmitteln sowie die Kosten für deren Reparatur oder Ersatz, wenn diese bei einem versicherten Unfall beschädigt oder zerstört wurden. Die Kosten für die Miete von Krankenmobiliar sind ebenfalls gedeckt.

12.1.12 Zahnärztliche Behandlung

Die Assura AG übernimmt die Kosten für zahnärztlich durchgeführte oder verordnete Behandlungen. Bei Kindern übernimmt die Assura AG die Kosten der provisorischen Behandlung sowie der definitiven Versorgung, wenn die Behandlung vor dem vollendeten 22. Altersjahr der versicherten Person durchgeführt wird.

12.1.13 Eingriffe der plastischen Chirurgie

Die Assura AG deckt bis zu einer Höhe von CHF 60'000 pro Fall die Kosten für Eingriffe der plastischen Chirurgie, die sich nach einem Unfall als medizinisch notwendig erweisen.

12.1.14 Kosten für Suche und Rettung

Die Assura AG deckt die notwendigen Kosten bis zu einer Höhe von CHF 60'000.

12.1.15 Transportkosten

Die Assura AG übernimmt die Kosten von medizinisch indizierten Transporten, welche den medizinischen Anforderungen entsprechend erfolgen, wenn der Gesundheitszustand der versicherten Person den Transport in einem öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht erlaubt. Von Familienmitgliedern durchgeführte Transporte werden nicht entschädigt.

12.1.16 Transport der sterblichen Überreste

Die Assura AG übernimmt die Kosten für den Transport der sterblichen Überreste bis zum Wohnort der versicherten Person in der Schweiz. Die amtlichen und administrativen Kosten einer allfälligen Rückführung des Leichnams sind ebenfalls gedeckt.

12.1.17 Materialschäden

Sofern der Unfall eine ärztliche Behandlung oder einen Spitalaufenthalt nach sich gezogen hat, deckt die Assura AG bei einem versicherten Unfall die Ausgaben für Reinigung, Reparatur oder Ersatz (Neuwert) von Kleidern oder anderen beschädigten persönlichen Effekten der versicherten Person bis zu einer Höhe von CHF 6'000 pro Schadenfall. Ebenfalls gedeckt sind die Kosten für die Reinigung eines Fahrzeugs oder anderer Objekte von Privatpersonen, die sich um die Rettung und den Transport der versicherten Person gekümmert haben.

12.1.18 Schulische Unterstützung

Ist die minderjährige versicherte Person während eines Monats oder länger nicht in der Lage, den Schulunterricht zu besuchen, beteiligt sich die Assura AG an den Kosten für Nachhilfestunden, die von einer Fachperson erteilt werden. Die Beteiligung der Assura AG beläuft sich auf CHF 50 pro Tag und maximal CHF 3'000 pro Kalenderjahr.

12.1.19 Besondere Leistungen bei Unfällen im Ausland

Wird die versicherte Person im Ausland ins Spital eingeliefert und kann sie aus medizinischen Gründen nicht in die Schweiz verlegt werden, übernimmt die Assura AG die zusätzlichen Kosten für

- die Verlängerung des Aufenthaltes eines Familienangehörigen beziehungsweise einer Person, welche die versicherte Person am Ort der Hospitalisierung begleitet
- den Transport und den Aufenthalt eines nahen Familienmitgliedes der versicherten Person (Ehegatten, Eltern, Geschwister, Kinder oder Lebenspartner) an den Ort der Hospitalisierung, sofern der Aufenthalt im Spital länger als 7 Tage dauert.

12.1.20 Hilfeleistung im Ausland und Rückführung

Die Kosten für Hilfeleistung und Rückführung einer versicherten Person sind gemäss der Hilfeleistungsvereinbarung zwischen der Assura AG und der Hilfeleistungsorganisation, deren Bestimmungen integraler Bestandteil der vorliegenden BVB bilden, gedeckt.

12.2 Für die in Art. 11 genannten Leistungen ist grundsätzlich eine Schadenversicherung zuständig. Sie werden von der Assura AG nur gegen Vorlage der entsprechenden Rechnungen und unter Berücksichtigung der tatsächlich vom Versicherungsnehmer beziehungsweise der versicherten Person getragenen Kosten vergütet.

12.3 Übernimmt eine Sozialversicherung die Kosten (namentlich KVG, UVG, IVG, MVG), erbringt die Assura AG nur ergänzende Leistungen.

12.4 Die gemäss KVG zu Lasten der versicherten Person erhobenen Franchisen und Kostenbeteiligungen werden von der Assura AG nicht entschädigt. Die Leistungskürzungen gemäss UVG werden nicht kompensiert.

12.5 Existieren andere Unfallversicherungen gemäss VVG, erbringt die Assura AG ihre Leistungen anteilmässig.

Artikel 13 - Unfallfremde Umstände

Ist der versicherte Unfall nur teilweise Ursache des Todes oder der Invalidität, werden die Leistungen anteilmässig reduziert, falls notwendig, auf Grundlage einer ärztlichen Expertise.

Artikel 14 - Gebietsbereich

In Abweichung von Art. 5 AVB VVG gilt die vorliegende Kategorie weltweit, sofern der Aufenthalt ausserhalb der Schweiz 12 Monate nicht übersteigt.

Artikel 15 - Schadenabwicklung

15.1 Bei einem Unfall ist die Assura AG sofort schriftlich zu informieren.

15.2 Bei einem infolge eines Unfalles sofort oder als Folge eingetretenen Todesfall ist die Assura AG innert 30 Tagen per Telefon oder E-Mail zu benachrichtigen. Die Assura AG kann auf ihre Kosten verlangen, dass eine Autopsie unter Beizug eines Arztes ihrer Wahl durchgeführt wird.

15.3 Nach einem Unfall ist sofort ein diplomierter Arzt beizuziehen und es sind alle erforderlichen Massnahmen zur Genesung der versicherten Person zu treffen. Entzieht sich die versicherte Person einer notwendigen Behandlung und verschlimmert sich dadurch ihr Gesundheitszustand, entfällt eine Leistungspflicht der Versicherungen.

15.4 Die versicherte Person oder der Anspruchsberechtigte muss der Assura AG Kopien von Abrechnungen, Rechnungen sowie anderen Dokumenten, die für bzw. von KVG-, UVG-, IVG- und MVG-Versicherer(n) erstellt wurden, übermitteln.

Artikel 16 - Gutachten

Herrscht zwischen den Parteien Uneinigkeit über die Schadenhöhe, wird diese für beide Parteien zwingend durch ein Gutachten bestimmt.

Artikel 17 - Nichtbeachtung vertraglicher Pflichten

In Ergänzung zu Art. 15.6 AVB VVG wird darauf hingewiesen, dass die Assura AG nicht leistungspflichtig ist, wenn die anspruchsberechtigte Person ihren vertraglichen Pflichten nicht nachkommt, ausser es wird bewiesen, dass das vertragswidrige Verhalten nicht schuldhaft war und auf den Schaden sowie die Rechte und Pflichten der Assura AG keinen Einfluss hat.

Artikel 18 - Grobes Verschulden

Die Assura AG verzichtet auf ihr gesetzliches Recht, die Leistungen zu kürzen.

Artikel 19 - Befreiung von der Prämienzahlungspflicht

Stirbt der Versicherungsnehmer während der Laufzeit der Versicherung, kommt die Assura AG für die zukünftigen Prämien der Kategorie Previsia Extra des versicherten Kindes auf, bis die Deckung gemäss Police endet, spätestens aber bis zum Ende der Versicherungsperiode, in welcher das versicherte Kind das 18. Altersjahr vollendet.

Assura AG

ANHANG 1 zu den Besonderen Versicherungsbedingungen für die Kategorie Previsia Extra

Anerkannte Berufsverbände und Therapeuten (Art. 12.1.4 BVB)

- Schweizerische Stiftung für Komplementärmedizin (ASCA)
Erforderlicher Titel: Praktizierung einer der in Abschnitt A genannten Therapien
- Association des praticiens en thérapies naturelles (APTN)
Erforderlicher Titel: Diplom Mitglied A
- Schweizer Verband der anerkannten Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker (SVANAH)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Internationaler Therapeutenverband APM nach Penzel und energetische Medizin e.V.
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Europe-Shanghai College of Traditional Chinese Medicine (Akupunktur)
Erforderlicher Titel: Diplom oder Doktorat
- Association internationale de drainage lymphatique manuel selon la méthode originale du docteur Emile Vodder (AIDMOV)
Erforderlicher Titel: Therapeutisches Zertifikat
- Schweizerischer Verband der Osteopathen (SVO)
Erforderlicher Titel: Ordentliches Mitglied
- Homöopathie Verband Schweiz (HVS)
Erforderlicher Titel: Aktives Mitglied
- KineSuisse, Berufsverband für Kinesiologie
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Schweizerischer Verband Nicht-Medizinische Kinesiologie (SVNMK)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Schweizerische Berufsorganisation für Traditionelle Chinesische Medizin (SBO-TCM)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Schweizerischer Verband für Ortho-Bionomy (SVOB)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Associations cantonales des infirmières réflexologues
Erforderliche Titel: Diplom als Pflegefachfrau und Reflexzonenmassage-Zertifikat
- Schweizerischer Verband für Fussreflexzonen-Massage (SVFM)
Erforderliche Titel: Diplom als Pflegefachfrau und des Verbandes
- Shiatsu Gesellschaft Schweiz (SGS)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Association Romande de Sophrologie-bio-Dynamique
Erforderlicher Titel: Diplom in therapeutischer oder erziehender medizinischer Sophrologie
- Heileurythmie Berufsverband Schweiz (HEBV)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Schweizerischer Berufsverband für Eutonie Gerda Alexander (SBEGA)
Erforderlicher Titel: Diplom
- Cranio Suisse (Schweizerische Gesellschaft für Craniosacral Therapie)
Erforderlicher Titel: Praktizierendes Mitglied als Craniosacral Therapeut Cranio Suisse
- OSTEO-SWISS
Erforderlicher Titel: Aktives Mitglied
- Association Suisse des Fasciathérapeutes (ASFascia)
Erforderlicher Titel: Aktives Mitglied
- Sophrologie Suisse
Erforderlicher Titel: Diplom in medizinischer Sophrologie
- Schweizerische Gesellschaft für Energie-, Bioresonanz- und Informationsmedizin (SEBIM)
Erforderlicher Titel: Ordentliches Mitglied
- Akademie für Naturheilkunde Basel
Erforderlicher Titel: Diplom

Individuell werden ebenfalls Chiropraktoren, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen mit entsprechenden Berufsausübungsbewilligungen anerkannt, die zusätzlich eine mindestens den Anforderungen der oben erwähnten Berufsverbände entsprechende spezialisierte Ausbildung vorweisen können.

Besondere Versicherungsbedingungen für die Einzel-Unfallversicherung für Erwachsene und Kinder

Previsia Plus

Ausgabe 03.2024

Artikel 1 - Versicherungsgrundlage

1.1 In Ergänzung zu den vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen gelangen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatz-Krankenversicherung der Assura AG (AVB VVG) mit Ausnahme der Art. 2.5 AVB VVG, Art. 4.1.2 bis 4.1.16 AVB VVG sowie Art. 8 AVB VVG zur Anwendung. Die Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) gehen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) vor.

1.2 Bei Fehlen ausdrücklicher Vertragsbestimmungen ist das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) anwendbar.

Artikel 2 - Leistungsbereich

Die in der Police namentlich erwähnte Person ist im Umfang der vereinbarten Leistungen versichert.

Artikel 3 - Versicherte Ereignisse

Im Rahmen der nachstehenden Bedingungen sind versichert:

- Berufsunfälle im Sinne des UVG
- Nichtberufsunfälle im Sinne des UVG
- Berufskrankheiten im Sinne des UVG
- Ertrinken
- Erfrierungen
- unfallähnliche Körperschädigungen im Sinne des UVG.

Artikel 4 - Deckungsausschlüsse

4.1 Die unter Art. 4.1.2 bis 4.1.16 AVB VVG vorgesehenen Deckungsausschlüsse sind auf die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen nicht anwendbar.

4.2 Von der vorliegenden Versicherung ausgeschlossen sind Unfälle:

- anlässlich von Kriegseignissen in der Schweiz.
- anlässlich von Kriegseignissen in anderen Ländern, ausser der Unfall ereignet sich binnen 14 Tagen seit Beginn der Kampfhandlungen.
- anlässlich von innenpolitischen Unruhen (Gewaltakte gegen Personen und Sachen, Menschenaufläufe, Schlägereien oder Krawalle) und der dagegen ergriffenen Massnahmen, ausser die versicherte Person beweist, dass sie nicht auf Seiten der Unruhestifteraktiv oder durch Anzettlung an diesen Unruhen beteiligt war.

- bei Erdbeben
- **bei der Ausübung eines Sports mit oder ohne Motorfahrzeug, für welche die versicherte Person vergütet wird.**
- die auf ein Wagnis zurückzuführen sind. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Die im Rahmen der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) geltende Rechtsprechung und Doktrin sind sinngemäss anwendbar, um das Vorliegen eines Wagnisses abzuklären.
- im Dienste einer ausländischen Armee.
- anlässlich von Verbrechen oder Vergehen, die von der versicherten Person verübt werden.
- infolge ionisierender Strahlen jeglicher Art.
- **infolge medizinischer oder chirurgischer Eingriffe**, ausser diese sind infolge eines versicherten Unfalles notwendig.
- infolge der Einnahme oder Injektion von Medikamenten, Drogen oder chemischen Produkten, die nicht ärztlich verordnet wurden.
- anlässlich des Lenkens von Verkehrsmitteln durch die versicherte Person, wenn diese nicht im Besitz der behördlich verlangten Ausweise und Bewilligungen ist.

4.3 Von der Versicherung ausgeschlossen sind Unfallfolgen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind.

Artikel 5 - Beginn und Ende der Versicherungsdeckung

5.1 Der Leistungsanspruch beginnt an dem in der Versicherungspolice genannten Datum. Massgebend für den Leistungsanspruch der nachstehenden Art. 7 und 8 ist, dass der die Invalidität bzw. den Tod verursachende Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten ist.

5.2 Der Versicherungsnehmer kann die vorliegende Versicherungsdeckung nach den Modalitäten von Art. 9 AVB VVG kündigen. In diesem Falle endet sie mit Ablauf der Kündigungsfrist.

5.3 Wenn das Kind die Volljährigkeit erreicht, passt die Assura AG die Kapitalien automatisch an. Diese Anpassung erfolgt auf den 1. Januar des Jahres, in welchem die versicherte Person 19 Jahre alt wird. Die Assura AG teilt die Anpassung des Vertrages mindestens 25 Tage vor dessen Inkrafttreten mit, und die versicherte Person hat ein ausserordentliches Kündigungsrecht. Die Kündigung muss per Einschreiben erfolgen und bei der Assura AG spätestens am Tag vor Inkrafttreten der Anpassung, das heisst spätestens am 31.12. eingehen.

Artikel 6 - Leistungsanspruch nach Erlöschen der Versicherungsdeckung

In Abweichung von Art. 11 AVB VVG erbringt die Assura AG bei noch nicht abgeschlossenen Unfallbehandlungen Leistungen über das Ende der Versicherungsdeckung hinaus.

Artikel 7 - Todesfall

7.1 Stirbt eine versicherte Person infolge eines Unfalles, überweist die Assura AG das vereinbarte Todesfallkapital dem vom Versicherungsnehmer in der Police oder in einer späteren Verfügung genannten Begünstigten. Wurde kein Begünstigter bestimmt, gelten die nachstehend genannten Personen in folgender Reihenfolge als anspruchsberechtigt:

- a) Ehegatte oder eingetragener Partner
- b) Kinder, einschliesslich Adoptivkinder
- c) Eltern
- d) Geschwister

Fehlen die vorgenannten Begünstigten, zahlt die Assura AG die Hälfte der versicherten Summe an:

- e) die Grosseltern.

Sind keine Begünstigten vorhanden (es wurde weder ein Begünstigter bestimmt noch existieren Begünstigte der oben erwähnten Kategorien), vergütet die Assura AG die Bestattungskosten, jedoch höchstens bis zu 10% der Versicherungssumme.

7.2 Keinen Anspruch auf das Kapital haben Begünstigte, die den Tod der versicherten Person durch ein Verbrechen oder ein Vergehen absichtlich herbeigeführt haben.

7.3 Ein für das gleiche Ereignis bereits bezahltes Invaliditätskapital wird vom geschuldeten Todesfallkapital abgezogen.

7.4 Stirbt das versicherte Kind, bevor es zwei Jahre und sechs Monate alt ist, so darf die Assura AG ein Todesfallkapital von höchstens CHF 2'500 auszahlen. Stirbt das Kind, bevor es das zwölfte Lebensjahr vollendet hat, so darf die Assura AG aus sämtlichen bestehenden Versicherungen auf das Leben des Kindes ein Todesfallkapital von höchstens CHF 20'000 auszahlen.

Artikel 8 - Invalidität

8.1 Erleidet die versicherte Person infolge eines Unfalles eine dauernde erhebliche Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, bezahlt die Assura AG im Falle einer Vollinvalidität ein der Versicherungssumme entsprechendes Kapital. Im Falle einer Teilinvalidität wird das Kapital entsprechend dem Invaliditätsgrad reduziert. Begründet der gleiche Unfall auch einen Anspruch auf Leistungen gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 und dessen Verordnungen, ist die vom UVG-Versicherer auf Basis von Art. 24 UVG ermittelte medizinisch-theoretische Invalidität für die Bemessung der Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität massgebend. In den anderen Fällen wird die medizinisch-theoretische Invalidität gemäss der nachfolgenden Ziffer 8.2 bemessen.

8.2 Berechnung und Geltendmachung des Kapitals im Invaliditätsfall: Bei der Berechnung des Kapitals im Invaliditätsfall sind folgende Grundsätze massgebend:

8.2.1 Eine Vollinvalidität liegt vor, wenn jede Berufsausübung wegen Verlusts oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit beider Beine oder beider Füsse, beider Arme oder beider Hände sowie wegen Verlusts oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit eines Armes oder einer Hand, eines Beines oder eines Fusses, wegen vollständiger Erblindung, vollständiger Lähmung oder unheilbarer Geistesstörung nicht mehr möglich ist.

8.2.2 Bei Teilinvalidität wird der Invaliditätsgrad nach folgenden Prozentsätzen der Vollinvalidität bestimmt: Verlust oder vollständige Gebrauchsunfähigkeit:

- eines Armes im Ellbogengelenk oder oberhalb desselben 70 %
- eines Vorderarmes oder einer Hand 60 %
- eines Daumens 22 %
- eines Zeigefingers 15 %
- eines anderen Fingers 8 %
- eines Beines oberhalb des Kniegelenks 60 %
- eines Beines im Kniegelenk oder unterhalb desselben 50 %
- eines Fusses 40 %
- eines grossen Zehens 8 %
- eines anderen Zehens 3 %
- der Sehkraft eines Auges 30 %
- der Sehkraft des zweiten Auges bei einem Einäugigen 50 %
- des Gehörs auf beiden Ohren 60 %
- des Gehörs auf einem Ohr 15 %
- des Gehörs auf einem Ohr, wenn dasjenige auf dem anderen Ohr bereits vor dem Unfall vollständig verloren war 30 %

8.2.3 Bei nur teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Invaliditätsgrad entsprechend herabgesetzt.

8.2.4 Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile werden die entsprechenden Prozentsätze zusammengezählt. Der Invaliditätsgrad kann jedoch 100 % nicht übersteigen.

8.2.5 Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen wird der Invaliditätsgrad durch den Arzt unter Berücksichtigung der oben erwähnten Prozentsätze bestimmt. Im Falle von Uneinigkeiten in Bezug auf die Schlussfolgerungen des Arztes behält sich die Assura AG das Recht vor, einen Sachverständigen zu beauftragen.

8.2.6 Waren die durch den Unfall betroffenen Körperteile bereits vor dem Unfall teilweise oder vollständig verloren oder gebrauchsunfähig, wird der Invaliditätsgrad nach Abzug des vorbestandenen Invaliditätsgrades nach den oben erwähnten Grundsätzen bestimmt.

8.3 Das nach den obigen Art. 8.1 oder 8.2 geschuldete Invaliditätskapital wird nach der folgenden Skala bestimmt:

- Variante I (progressive Bemessung) für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalles noch nicht das 65. Altersjahr erreicht haben.
- Variante II (proportionale Bemessung) für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 65. Altersjahr überschritten haben.

Kapital			Kapital			Kapital			Kapital		
Grad Inv.	Variante I	II	Grad Inv.	Variante I	II	Grad Inv.	Variante I	II	Grad Inv.	Variante I	II
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	1	26	28	26	51	105	51	76	230	76
2	2	2	27	31	27	52	110	52	77	235	77
3	3	3	28	34	28	53	115	53	78	240	78
4	4	4	29	37	29	54	120	54	79	245	79
5	5	5	30	40	30	55	125	55	80	250	80
6	6	6	31	43	31	56	130	56	81	255	81
7	7	7	32	46	32	57	135	57	82	260	82
8	8	8	33	49	33	58	140	58	83	265	83
9	9	9	34	52	34	59	145	59	84	270	84
10	10	10	35	55	35	60	150	60	85	275	85
11	11	11	36	58	36	61	155	61	86	280	86
12	12	12	37	61	37	62	160	62	87	285	87
13	13	13	38	64	38	63	165	63	88	290	88
14	14	14	39	67	39	64	170	64	89	295	89
15	15	15	40	70	40	65	175	65	90	300	90
16	16	16	41	73	41	66	180	66	91	305	91
17	17	17	42	76	42	67	185	67	92	310	92
18	18	18	43	79	43	68	190	68	93	315	93
19	19	19	44	82	44	69	195	69	94	320	94
20	20	20	45	85	45	70	200	70	95	325	95
21	21	21	46	88	46	71	205	71	96	330	96
22	22	22	47	91	47	72	210	72	97	335	97
23	23	23	48	94	48	73	215	73	98	340	98
24	24	24	49	97	49	74	220	74	99	345	99
25	25	25	50	100	50	75	225	75	100	350	100

Artikel 9 - Taggeldversicherung bei Arbeitsunfähigkeit

9.1 Im Falle einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bezahlt die Assura AG für die Dauer der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit das vereinbarte Taggeld pro Kalendertag.

9.2 Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit reduziert sich das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsfähigkeit.

9.3 Für den Unfalltag selbst werden keine Leistungen entrichtet. Die vereinbarte Wartefrist beginnt am Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wurde, frühestens aber am Tag nach dem Unfall.

9.4 Der Anspruch auf Leistungen erstreckt sich im Höchstfall auf 720 Tage pro Unfall binnen 5 Jahren ab dem Unfalltag. Für die Berechnung der Wartefrist werden die Tage der vollständigen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit als ganze Tage gezählt und nicht an die Dauer des Leistungsanspruches angerechnet.

9.5 Die Folgen eines Unfalls gelten bezüglich Leistungsdauer und Wartefrist als neuer Fall, wenn die versicherte Person während 12 Monaten vor dem Rückfall nicht infolge dieses Unfalls arbeitsunfähig war. Bei einem Rückfall innerhalb von 12 Monaten entfällt die Wartefrist und bereits bezogene Leistungen werden in die Berechnung der maximalen Leistungsdauer miteinbezogen.

Artikel 10 - Tagespauschale im Falle eines Spitalaufenthaltes

10.1 Für die medizinisch notwendige Dauer des Spitalaufenthaltes und binnen 5 Jahren ab Unfalltag vergütet die Assura AG die vereinbarte Tagespauschale.

10.2 Die Assura AG gewährt die vereinbarte Tagespauschale auch im Falle von Kuren, die ärztlich verordnet und mit ihrer Zustimmung in einer spezialisierten Einrichtung durchgeführt werden.

10.3 Im Falle eines nach einem Spitalaufenthalt ärztlich verordneten Erholungsaufenthaltes bezahlt die Assura AG während höchstens 4 Wochen 50 % der vereinbarten Tagespauschale.

10.4 Wird die versicherte Person zu Hause von einer medizinischen Pflegeorganisation betreut und kann aus diesem Grunde ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, bezahlt die Assura AG während höchstens 180 Tagen 50% der vereinbarten Tagespauschale.

10.5 Die vereinbarte Tagespauschale bei Spitalaufenthalt im Sinne von Art. 10.1 wird verdoppelt:

- bei Unfällen, die sich im Ausland ereignen und solange ein Spitalaufenthalt vor Ort medizinisch notwendig ist
- im Falle eines gleichzeitigen Spitalaufenthaltes der versicherten Person und ihres Ehegatten infolge desselben Unfalles.

Artikel 11 - Heilungskosten und diverse Kosten

11.1 Die Assura AG erbringt die folgenden Leistungen zeitlich unbeschränkt und unter Vorbehalt einer Beschränkung der Deckungssumme unlimitiert:

11.1.1 Heilungskosten in der Schweiz

Die Assura AG übernimmt die Kosten für notwendige Behandlungen, die durch einen Arzt, Chiropraktor oder Zahnarzt durchgeführt oder verschrieben werden, sowie die Kosten für Behandlung, Aufenthalt und Verpflegung in der Privatabteilung (1-Bett-Zimmer) eines Spitals oder einer Klinik.

11.1.2 Heilungskosten im Ausland

Die Assura AG übernimmt auf Vorweisen einer detaillierten Rechnung notwendige ambulante oder stationäre Behandlungen, wenn sich der versicherte Unfall im Ausland ereignet.

Auf Vorweisen einer detaillierten Rechnung eines Leistungserbringers eines Mitgliedstaates der Europäischen Union (EU) oder der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) übernimmt die Assura AG zudem jenen Beitrag, den die versicherte Person in Anwendung der Gesetzgebung des Aufenthaltslandes zu tragen hat (Franchise, Selbstbehalt usw.).

Die Assura AG ist berechtigt, die Originalrechnungen und erforderlichenfalls auf Kosten der versicherten Person die Übersetzung von in einer anderen Sprache verfassten Dokumenten in eine der vier Landessprachen oder ins Englische zu verlangen.

11.1.3 Besondere Leistungen bei Unfällen im Ausland

Wird die versicherte Person im Ausland ins Spital eingeliefert und kann sie aus medizinischen Gründen nicht in die Schweiz verlegt werden, übernimmt die Assura AG die zusätzlichen Kosten für

- die Verlängerung des Aufenthaltes eines Familienangehörigen beziehungsweise einer Person, welche die versicherte Person am Ort der Hospitalisierung begleitet;
- den Transport und den Aufenthalt eines nahen Familienmitgliedes der versicherten Person (Ehegatte, Eltern, Geschwister, Kinder oder Lebenspartner) an den Ort der Hospitalisierung, sofern der Aufenthalt im Spital länger als 7 Tage dauert.

11.1.4 Beitrag an die Unterhaltskosten

Die Assura AG vergütet den gemäss UVG und MVG von der versicherten Person zu leistenden Beitrag an die Unterhaltskosten bei einem Spitalaufenthalt.

11.1.5 Kosten für Komplementärmedizin

Die Assura AG übernimmt folgende anerkannten Therapien (abschliessende Liste):

- Akupressur
- Akupunktur
- Aromatherapie
- Bioresonanz
- Lymphdrainage
- Etiopathie
- Fasciatherapie – Pulsologie
- Homöopathie
- Iridologie
- Kinesiologie
- Chinesische Medizin
- Mesotherapie
- Orthobionomy
- Osteopathie
- Phytotherapie
- Reflexzonenmassage
- Serocytotherapie
- Shiatsu
- Heilende Sophrologie
- Sympathicotherapie
- Craniosacral-Therapie
- Neuraltherapie

Nur auf ärztliche Verordnung:

- Heileurhythmie
- Eutonie

Die Kostenübernahme erfolgt unter der Voraussetzung, dass die erwähnten Therapien von Mitgliedern anerkannter und im Anhang 1 der vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführter Berufsverbände oder Therapeuten durchgeführt werden.

Dieser Anhang ist integrierender Bestandteil des Vertrages. Er kann einer einseitigen Änderung durch den Versicherer unterworfen sein, namentlich zur Anpassung an eine Änderung des Kreises der Leistungserbringer. In diesen Fällen erwachsen keine Kündigungsansprüche für die Versicherten. Der Anhang kann jederzeit über die Website der Assura AG oder auf Anfrage telefonisch oder in den Niederlassungen der Assura AG bezogen werden.

11.1.6 Krankenpflege zu Hause

Die Assura AG vergütet einen Höchstbetrag von CHF 300 pro Tag, wenn die versicherte Person eine vom Arzt verschriebene und durch eine medizinische Pflegeorganisation durchgeführte Behandlung beansprucht.

11.1.7 Haushaltshilfe

Bei einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% vergütet die Assura AG die Kosten für die Haushaltsführung durch einen Betreuungsdienst bis zu einem Betrag von CHF 80 pro Tag, aber höchstens bis CHF 6'000 pro Fall.

11.1.8 Kinderbetreuung

Wird eine versicherte erwachsene Person ins Spital eingeliefert, vergütet die Assura AG die Kosten für die Betreuung durch eine offizielle Organisation von Kindern bis 15 Jahren, die im gleichen Haushalt leben, bis zu einem Betrag von CHF 80 pro Tag, aber höchstens bis CHF 6'000 pro Fall.

11.1.9 Kosten für die Begleitung im Spital

Wird ein minderjähriges Kind ins Spital eingeliefert, übernimmt die Assura AG die Kosten für die Übernachtung der Begleitung im Spital bis zu einer Höhe von CHF 100 pro Tag, aber höchstens bis CHF 3'000 pro Fall. Dasselbe gilt für die Kosten für ein Kind unter 5 Jahren, das mit seiner verunfallten Mutter oder seinem verunfallten Vater im Spital übernachten muss.

11.1.10 Betreuung der Kinder zu Hause

Wird ein versichertes Kind zu Hause gepflegt, deckt die Assura AG während 6 Monaten bis zu einem Betrag von CHF 80 pro Tag auch die zusätzlichen Ausgaben für Betreuer, die von einer Organisation zur Verfügung gestellt werden. Ist das Kind im schulpflichtigen Alter, muss es ausserstande sein, die Schule zu besuchen.

11.1.11 Kuren und Erholungsaufenthalte

Die Assura AG übernimmt vollumfänglich die Kosten für ärztlich verordnete Behandlungen in der Schweiz und im Ausland. Die zusätzlichen Kosten für Aufenthalt und Verpflegung werden bis zu einer Höhe von CHF 200 pro Tag, aber höchstens bis CHF 6'000 pro Fall übernommen.

11.1.12 Hilfsmittel

Sofern der Unfall eine ärztliche Behandlung oder einen Spitalaufenthalt nach sich gezogen hat, übernimmt die Assura AG die Kosten für den Ersterwerb von Prothesen, Brillen, Hörgeräten und orthopädischen Hilfsmitteln sowie die Kosten für deren Reparatur oder Ersatz, wenn diese bei einem versicherten Unfall beschädigt oder zerstört wurden. Die Kosten für die Miete von Krankenmobiliar sind ebenfalls gedeckt.

11.1.13 Zahnärztliche Behandlung

Die Assura AG übernimmt die Kosten für zahnärztlich durchgeführte oder verordnete Behandlungen.

Bei Kindern übernimmt die Assura AG die Kosten der provisorischen Behandlung sowie der definitiven Versorgung, wenn die Behandlung vor dem vollendeten 22. Altersjahr der versicherten Person durchgeführt wird.

11.1.14 Eingriffe der plastischen Chirurgie

Die Assura AG deckt bis zu einer Höhe von CHF 60'000 pro Fall die Kosten für Eingriffe der plastischen Chirurgie, die sich nach einem Unfall als medizinisch notwendig erweisen.

11.1.15 **Kosten für Suche und Rettung.**

Die Assura AG deckt die notwendigen Such- und Rettungskosten bis zu einer Höhe von CHF 60'000.

11.1.16 **Transportkosten**

Die Assura AG übernimmt die Kosten von medizinisch indizierten Transporten, welche den medizinischen Anforderungen entsprechend erfolgen, wenn der Gesundheitszustand der versicherten Person den Transport in einem öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht erlaubt. Von Familienmitgliedern durchgeführte Transporte werden nicht entschädigt.

11.1.17 **Transport der sterblichen Überreste**

Die Assura AG übernimmt die Kosten für den Transport der sterblichen Überreste bis zum Wohnort der versicherten Person in der Schweiz. Die amtlichen und administrativen Kosten einer allfälligen Rückführung des Leichnams sind ebenfalls gedeckt.

11.1.18 **Materialschäden**

Sofern der Unfall eine ärztliche Behandlung oder einen Spitalaufenthalt nach sich gezogen hat, deckt die Assura AG bei einem versicherten Unfall die Ausgaben für Reinigung, Reparatur oder Ersatz (Neuwert) von Kleidern oder anderen beschädigten persönlichen Effekten der versicherten Person bis zu einer Höhe von CHF 6'000 pro Schadenfall. Ebenfalls gedeckt sind die Kosten für die Reinigung eines Fahrzeugs oder anderer Objekte von Privatpersonen, die sich um die Rettung und den Transport der versicherten Person gekümmert haben.

11.1.19 **Schulische Unterstützung**

Ist die minderjährige versicherte Person während eines Monates oder länger nicht in der Lage, den Schulunterricht zu besuchen, beteiligt sich die Assura AG an den Kosten für Nachhilfestunden, die von einer Fachperson erteilt werden. Die Beteiligung der Assura AG beläuft sich auf CHF 50 pro Tag und maximal CHF 3'000 pro Kalenderjahr.

11.1.20 **Hilfeleistung im Ausland und Rückführung**

Die Kosten für Hilfeleistung und Rückführung einer versicherten Person sind gemäss der Hilfeleistungsvereinbarung zwischen der Assura AG und der Hilfeleistungs-Organisation, deren Bestimmungen integraler Bestandteil der vorliegenden BVB bilden, gedeckt.

11.2 Die in Art. 11 genannten Leistungen werden im Rahmen einer Schadenversicherung übernommen und von der Assura AG nur gegen Vorlage der entsprechenden Rechnungen und unter Berücksichtigung der tatsächlich vom Versicherungsnehmer beziehungsweise der versicherten Person getragenen Kosten vergütet.

11.3 Übernimmt eine Sozialversicherung die Kosten (namentlich KVG, UVG, IVG, MVG), erbringt die Assura AG nur ergänzende Leistungen.

11.4 Die gemäss KVG zu Lasten der versicherten Person erhobenen Franchisen und Kostenbeteiligungen werden von der Assura AG nicht entschädigt. Die Leistungskürzungen gemäss UVG werden nicht kompensiert.

11.5 Existieren andere Unfallversicherungen gemäss VVG, erbringt die Assura AG ihre Leistungen anteilmässig.

Artikel 12 - Unfallfremde Umstände

Ist der versicherte Unfall nur teilweise Ursache des Todes oder der Invalidität, werden die Leistungen anteilmässig reduziert, falls notwendig, auf Grundlage eines medizinischen Gutachtens.

Artikel 13 - Gebietsbereich

In Abweichung von Art. 5.1 AVB VVG gilt die vorliegende Kategorie weltweit, sofern der Aufenthalt ausserhalb der Schweiz 12 Monate nicht übersteigt.

Artikel 14 - Schadenabwicklung

14.1 Bei einem Unfall ist die Assura AG sofort schriftlich zu informieren.

14.2 Bei einem infolge eines Unfalles sofort oder als Folge eingetretenen Todesfall ist die Assura AG innert 30 Tagen per Telefon oder E-Mail zu benachrichtigen. Die Assura AG kann auf ihre Kosten verlangen, dass eine Autopsie unter Beizug eines Arztes ihrer Wahl durchgeführt wird.

14.3 Nach einem Unfall ist sofort ein diplomierter Arzt beizuziehen und es sind alle erforderlichen Massnahmen zur Genesung der versicherten Person zu treffen. Entzieht sich die versicherte Person einer notwendigen Behandlung und verschlimmert sich dadurch ihr Gesundheitszustand, entfällt eine Leistungspflicht der Versicherung.

14.4 Die versicherte Person oder der Anspruchsberechtigte muss der Assura AG Kopien von Abrechnungen, Rechnungen sowie anderen Dokumenten, die für bzw. von KVG-, UVG-, IVG- und MVG-Versicherern erstellt wurden, übermitteln.

Artikel 15 - Gutachten

Herrscht zwischen den Parteien Uneinigkeit über die Schadenhöhe, wird diese für beide Parteien zwingend durch ein Gutachten bestimmt.

Artikel 16 - Schweres Verschulden

Die Assura AG verzichtet auf ihr gesetzliches Recht, die Leistungen zu kürzen.

Artikel 17 - Prämienbefreiung

Stirbt der Versicherungsnehmer während der Laufzeit der Versicherung, kommt die Assura AG für die zukünftigen Prämien der Kategorie Previsia Plus des versicherten Kindes auf, bis die Deckung gemäss Police endet, spätestens aber bis zum Ende des Kalenderjahres, in welchem das versicherte Kind das 18. Altersjahr vollendet.

Assura AG

ANHANG 1

zu den Besonderen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherung «Previsia Plus»

Anerkannte Berufsverbände und Therapeuten (Ziffer 11.1.5 BVB)

- ASCA, Schweizerische Stiftung für Komplementärmedizin
Erforderlicher Titel: Praktizierung einer der in Abschnitt A genannten Therapien
- Association des praticiens en thérapies naturelles (APTN)
Erforderlicher Titel: Diplom Mitglied A
- Schweizer Verband der anerkannten Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker (SVANAH)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Internationaler Therapeutenverband APM nach Penzel und energetische Medizin e.V.
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Europe-Shanghai College of Traditional Chinese Medicine (Akupunktur)
Erforderlicher Titel: Diplom oder Doktorat
- Association internationale de drainage lymphatique manuel selon la méthode originale du docteur Emile Vodder (AIDMOV)
Erforderlicher Titel: Therapeutisches Zertifikat
- Schweizerischer Verband der Osteopathen (SVO)
Erforderlicher Titel: Ordentliches Mitglied
- Homöopathie Verband Schweiz (HVS)
Erforderlicher Titel: Aktives Mitglied
- KineSuisse, Berufsverband für Kinesiologie
- Schweizerischer Verband für Ortho-Bionomy (SVOB)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Associations cantonales des infirmières réflexologues
Erforderliche Titel: Diplom als Pflegefachfrau und Reflexzonenmassage-Zertifikat
- Schweizerischer Verband für Fussreflexzonen-Massage (SVFM)
Erforderliche Titel: Diplom als Pflegefachfrau und des Verbandes
- Shiatsu-Gesellschaft Schweiz (SGS)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Association Romande de Sophrologie-bio-Dynamique
Erforderlicher Titel: Diplom in therapeutischer oder erziehender medizinischer Sophrologie
- Heileurythmie Berufsverband Schweiz (HEBV)
Erforderlicher Titel: Mitglied A
- Schweizerischer Berufsverband für Eutonie Gerda Alexander (SBEGA)
Erforderlicher Titel: Diplom
- Cranio Suisse (Schweizerische Gesellschaft für Craniosacral Therapie)
Erforderlicher Titel: Praktizierendes Mitglied als Craniosacral Therapeut Cranio Suisse
- OSTEO-SWISS
Erforderlicher Titel: Aktives Mitglied
- Association Suisse des Fasciathérapeutes (ASFascia)
Erforderlicher Titel: Aktives Mitglied
- Sophrologie Suisse
Erforderlicher Titel: Diplom in medizinischer Sophrologie
- Schweizerische Gesellschaft für Energie-, Bioresonanz- und Informationsmedizin (SEBIM)
Erforderlicher Titel: Ordentliches Mitglied
- Akademie für Naturheilkunde Basel
Erforderlicher Titel: Diplom

Individuell werden ebenfalls Chiropraktoren, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen mit entsprechenden Berufsausübungsbewilligungen anerkannt, die zusätzlich eine mindestens den Anforderungen der oben erwähnten Berufsverbände entsprechende spezialisierte Ausbildung vorweisen können.

Besondere Versicherungsbedingungen für die Zusatzkrankenversicherung (mit subsidiärer Unfalldeckung)

Ultra Varia

Ausgabe 08.2022

Zusatzversicherung für die Kosten eines Spitalaufenthalts in der Privatabteilung, mit einer dem effektiven Alter der versicherten Person fortlaufend angepassten Prämie

Artikel 1 – Stationäre Behandlung

1.1 Bei einem stationären Aufenthalt in einer Spzialeinrichtung mit der erforderlichen Betriebsgenehmigung nach kantonalem Recht (nachstehend «die Einrichtung») und ergänzend zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet die Assura AG die Behandlungskosten einschliesslich jener, die durch einen Arzt (nachstehend «der Belegarzt») während eines stationären Aufenthalts in der Einrichtung erbracht wurden sowie die Spitalkosten unter Vorbehalt der Einschränkungen gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen, insbesondere nachstehendem Artikel 1.6. Die Versicherungsdeckung umfasst jedoch nicht die Kostenübernahmepflicht der Kantone gemäss KVG bei stationären oder teilstationären Aufenthalten ausserhalb des Wohnkantons der versicherten Person.

1.2 Die genannten Leistungen werden ohne zeitliche Begrenzung gewährt.

1.3 Die versicherte Person ermächtigt die Assura AG mit den Leistungserbringern (insbesondere den Einrichtungen, den Belegärzten usw.) zu vereinbaren, dass die Leistungen direkt gemäss dem System des Tiers payant an diese Leistungserbringer vergütet werden können.

1.4 **Vor jedem Spitalaufenthalt, ausser im Notfall, muss die versicherte Person und/oder ihr Leistungserbringer (Einrichtung, Belegarzt usw.) bei der Assura AG ein vorgängiges Kostengutsprachegesuch einreichen.** Eine Kostenübernahme durch die Assura AG setzt die Gewährung einer Kostengutsprache voraus, welche die Versicherungsdeckung für den Spitalaufenthalt begrenzt. Ohne eine solche Kostengutsprache wird von der Assura AG keine Leistung vergütet.

1.5 Nach Erhalt des Kostengutsprachegesuchs behält sich die Assura AG ausdrücklich das Recht vor, für den Leistungsanspruch von der Einrichtung einen detaillierten Kostenvoranschlag einzufordern, der es ihr ermöglicht, zu kontrollieren, ob der Leistungserbringer (Einrichtung, Belegarzt usw.) die Grundsätze der Transparenz, des Verbots der doppelten Rechnungsstellung nach KVG sowie der Wirtschaftlichkeit der Behandlung einhält, d. h., dass er sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränkt, das im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist. Wird der Kostenvoranschlag von der Assura AG angenommen, erteilt sie eine Kostengutsprache mit Deckungsbegrenzung für die Kostenübernahme. Die Assura AG ist berechtigt, jede Rechnung abzulehnen, die vom genehmigten Kostenvor-

schlag abweicht, wenn keine nachgewiesene medizinische Begründung vorliegt und/oder die in Artikel 1.6 vorgesehenen Vorgaben nicht eingehalten werden.

1.6 Damit sie vergütet wird, darf die Rechnung des Leistungserbringers (Einrichtung, Belegarzt usw.) nicht als missbräuchlich angesehen werden und sie muss insbesondere die Grundsätze der Transparenz, des Verbots der doppelten Rechnungsstellung nach KVG sowie der Wirtschaftlichkeit der Behandlung einhalten, d. h., dass sich die Leistungen auf das Mass beschränken muss, das im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

1.7 Assura SA führt ausserdem **eine Liste (nachstehend «die Liste») von Leistungserbringern (insbesondere der Einrichtungen, Belegärzten usw.), mit denen sie keine Tarifvereinbarung abgeschlossen hat und für die eine Kostenübernahme durch die Assura AG somit ausgeschlossen oder an Bedingungen, wie die Annahme eines detaillierten Kostenvoranschlags durch die Assura AG unter Einhaltung der Bedingungen gemäss Artikel 1.5 geknüpft ist. Sämtliche Ausschlüsse und Bedingungen werden durch die Assura AG in der Liste festgelegt und beschrieben.**

1.8 Die Assura AG hat das Recht die in Artikel 1.7 beschriebene Liste jederzeit einseitig zu ändern. Aus der Anpassung der Liste ergibt sich kein Kündigungsrecht der versicherten Person. Sie kann aber ihr Recht auf Freizügigkeit gemäss Artikel 6 geltend machen. Diese Liste kann jederzeit kostenlos bei der Assura AG bezogen oder auf assura.ch eingesehen werden. **Massgebend ist die zum Zeitpunkt des Versands des Kostengutsprachegesuchs an die Assura AG geltende Liste oder bei dessen Fehlen und bei Notfällen der Zeitpunkt des Spitaleintritts.**

1.9 Die versicherte Person muss sich in einer für die benötigten Pflegeleistungen geeigneten Einrichtung oder Spitalabteilung behandeln lassen. Andernfalls werden die Leistungen nach dem Tarif des angemessenen, ihrem Wohnort nächstgelegenen öffentlichen Spitals berechnet.

1.10 **Im Notfall** kann die versicherte Person sich von allen Leistungserbringern (Einrichtung, Belegarzt usw.) behandeln lassen, **die nicht auf der Liste von Artikel 1.7 aufgeführt sind.**

1.11 Lässt sich die versicherte Person statt in der privaten Abteilung freiwillig in der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals behandeln, vergütet ihr die Assura AG ein Spitaltaggeld von CHF 150, aber höchstens CHF 1'500 pro Aufenthalt. Die genannte Entschädigung beläuft sich auf CHF 50, aber höchstens CHF 500 pro Aufenthalt, wenn der Spitalaufenthalt in einer Einrichtung erfolgt, die auf der Liste der anerkannten Einrichtungen im Sinne der Kategorien Optima und Optima Plus steht.

Artikel 2 – Besondere Krankenbetreuung

Die Assura AG deckt bis zu einem Rechnungsbetrag von CHF 1'000 pro Kalenderjahr die Kosten für eine besondere Krankenbetreuung im Spital.

Artikel 3 – Behandlungen im Ausland

Behandlungen im Ausland (geplant oder Notfälle) werden übernommen bis zum Betrag, der üblicherweise im Wohnkanton der versicherten Person in Rechnung gestellt wird. Im Fall einer geplanten Behandlung im Ausland muss die versicherte Person die vorgängige Zustimmung der Assura AG und ihres Vertrauensarztes einholen. Mangels einer solchen Zustimmung hat die Assura AG das Recht, den Leistungsanspruch abzulehnen.

Artikel 4 – Hilfeleistung im Ausland und Rückführung

Die Kosten für Hilfeleistung und Rückführung einer versicherten Person sind gemäss der touristischen Hilfeleistungsvereinbarung zwischen der Assura AG und der Hilfeleistungs-Organisation, deren Bestimmungen integraler Bestandteil der vorliegenden BVB bilden, gedeckt.

Artikel 5 – Versicherungsprämie

5.1 In Abweichung von Artikel 12 AVB steigt die Versicherungsprämie im Allgemeinen je nach effektivem Alter der versicherten Person.

5.2 Die Prämienanpassung erfolgt auf den 1. Januar des Jahres, in dem die versicherte Person 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 und 91 Jahre alt wird.

Artikel 6 – Freizügigkeit

Die versicherte Person hat im Rahmen der Freizügigkeit jederzeit das Recht, den Übertritt in ein offenes Spitalversicherungsprodukt der Assura SA mit ähnlichen oder weniger umfangreichen Leistungen («Downgrade»), mit Ausnahme von Produkten, die lediglich die Mutterschaft abdecken, unter entsprechender Anpassung ihrer Prämie zu verlangen. Dieser Wechsel wird auf den 1. Januar des Folgejahres wirksam.

Artikel 7 – Deckungsbegrenzung

In Abweichung zu Artikel 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzkrankenversicherung (AVB) werden Behandlungen zur **Wiedereingliederung** und **Rehabilitation** übernommen. Die übrigen unter Artikel 4 AVB vorgesehenen Fälle sind hingegen von der Deckung ausgeschlossen, insbesondere **bei Unterzeichnung des Versicherungsantrages bestehende Leiden, Folgen von Unfällen, die sich vor Unterzeichnung des Versicherungsantrages ereignet haben, psychische Krankheiten, Palliativbehandlungen sowie Übergewicht**. Nicht übernommen werden ausserdem Kosten im Zusammenhang mit **Mutterschaft** (im Sinne von **Artikel 2.6 AVB** und der in **Artikel 4.1.6 AVB** aufgeführten Fälle).

Assura AG

Hilfeleistungsbedingungen für Touristinnen und Touristen

vormals «Hilfeleistungsvereinbarung für Touristen»

Ausgabe 06.2017– Aktualisiert 04.2025

ZEIT SPAREN

Bei Ihrem ersten Anruf bei der Hilfeleistungs-Organisation (Tel. +41 21 721 44 88) müssen Sie folgende Angaben machen:

1. Namen, Vornamen, Adresse mit Hinweis auf «versichert bei Assura AG»
2. Policennummer bei Assura AG
3. Ort, an dem sich die versicherte Person befindet, und Telefonnummer, unter der sie erreichbar ist
4. Grund des Anrufes

Präambel

Ist ein Gesuch um Hilfeleistung und Rückführung erforderlich, wird der Leistungsanspruch durch die vorliegenden Bestimmungen geregelt sowie durch das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) für alle Fragen, die nicht ausdrücklich in diesen Bestimmungen geregelt sind. Die vorliegenden Bestimmungen beschreiben die von Assura AG über eine von ihr beauftragte unabhängige Hilfeleistungs-Organisation angebotenen Leistungen.

KAPITEL I – ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Artikel 1 – Geltungsbereich und Begriffe

1. Für Versicherte, die über eine der Zusatzversicherungen Natura R3, Priveco, Priveco Varia, Priveco Plus, Priveco Plus Varia, Optima, Optima Varia, Optima Plus, Optima Plus Varia, Ultra, Ultra Varia, Aventura, Mondia, Mondia Plus, Previsia Plus, Previsia Maxi oder Previsia Extra verfügen, erstreckt sich die Deckung auf sämtliche in den vorliegenden Bedingungen aufgeführten Ansprüche.

Versicherte, die die Kategorien Complementa und Complementa Plus abgeschlossen haben, haben nur Anrecht auf die Ansprüche 1 bis 3.

2. In den vorliegenden Bestimmungen werden die unten stehenden Begriffe wie folgt verwendet:

Familienangehörige: Verwandte ersten Grades in auf- und absteigender Linie, Ehegattin oder Ehegatte und Geschwister der anspruchsberechtigten Person sowie Personen, die im gleichen Haushalt wohnen wie die versicherte Person.

Schwerwiegender medizinischer Grund: Gesundheitsschädigungen infolge Unfall oder Krankheit, die einen absehbaren Spitalaufenthalt von mehr als 24 Stunden vor Ort oder spezielle Pflegemassnahmen zur Folge haben.

Wohnsitzland: Land, in dem die anspruchsberechtigte Person ihr Steuerdomizil hat und sich mehr als 90 Tage pro Jahr aufhält.

Notfall: Ein Notfall liegt vor, wenn ihr Zustand für die Person möglicherweise lebensgefährlich ist oder wenn eine sofortige Behandlung erforderlich ist.

Artikel 2 – Geltungsbereich der versicherten Ansprüche

1. Personen mit den Versicherungen Natura R3, Priveco, Priveco Varia, Priveco Plus, Priveco Plus Varia, Optima, Optima Varia, Optima Plus, Optima Plus Varia, Ultra, Ultra Varia, Aventura, Mondia, Mondia Plus, Previsia Plus, Previsia Extra und Previsia Maxi sind bei den Ansprüchen 1 bis 11 weltweit und beim Anspruch 2 in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein ab 20 km vom Wohnort entfernt versichert.

2. Personen mit den Versicherungen Complementa und Complementa Plus sind bei den Ansprüchen 1 bis 3 weltweit und bei Anspruch 2 in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein ab 20 km vom Wohnort entfernt versichert.

3. Bei Grenzgängerinnen und Grenzgängern, die ihren Wohnsitz ins Grenzgebiet verlegt haben, wird das Wohnsitzland der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein gleichgestellt.

Artikel 3 – Deckungsdauer

Die in den vorliegenden Bedingungen vorgesehenen Ansprüche gelten nur für Reisen bis maximal 45 aufeinanderfolgende Tage. Vorbehalten bleibt eine mit Assura AG gemäss den geltenden Besonderen Versicherungsbedingungen des Zusatzversicherungsprodukts der versicherten Person vereinbarte längere Dauer.

Nur ein versichertes Ereignis, das während der anfänglich vereinbarten Deckungsdauer eintritt, gewährt einen Leistungsanspruch im Rahmen der vorliegenden Bedingungen. Verlängert sich eine Reise infolge eines eingetretenen versicherten Ereignisses über die anfänglich vereinbarte Dauer hinaus, verlängert sich die Versicherungsdeckung so weit wie erforderlich. Verfügt die versicherte Person über die Zusatzversicherung Aventura, ist die Versicherungsdeckung im Schadenfall auf maximal 365 Tage beschränkt.

Artikel 4 – Verjährung

Forderungen aus der vorliegenden Versicherung verjähren fünf Jahre nach Eintritt des Ereignisses, welches die Leistungspflicht begründet.

Artikel 5 – Subrogation und Subsidiarität

Gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften, tritt die anspruchsberechtigte Person ihre Ansprüche bis auf die Höhe der von Assura AG vergüteten Leistungen an diese ab.

Die Leistungen der Hilfeleistungs-Organisation werden bei Doppeldeckungen subsidiär zu den Leistungen einer Sozialversicherung erbracht.

Artikel 6 – Haftbarkeit der Hilfeleistungs-Organisation

Die Hilfeleistungs-Organisation kann nicht haftbar gemacht werden für die Verspätung oder Unterlassung der vereinbarten Leistungen infolge von Streiks, Explosionen, inneren Unruhen, Menschenaufläufen, Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, Sabotage, Terrorismus, Bürgerkriegen oder anderen Kriegsereignissen, Atomspaltungen oder -fusionen, Radioaktivität sowie infolge von anderen Fällen oder höherer Gewalt.

KAPITEL II – VERSICHERTE ANSPRÜCHE

A) PERSÖNLICHE ANSPRÜCHE

Artikel 7

Anspruch 1 – Organisation der Pflegeleistungen und Vorauszahlung der Behandlungskosten

Im Schadenfall infolge Krankheit oder Unfall

1. organisiert die Hilfeleistungs-Organisation auf Wunsch der anspruchsberechtigten Person die notwendige ärztliche Hilfe (Ärztin oder Arzt, Spital, Analysen, chirurgische Eingriffe usw.),
2. streckt die Hilfeleistungs-Organisation auf Rechnung von Assura AG Kosten für Spitalaufenthalte oder ambulante Behandlungen vor, die den Betrag von CHF 1'000 übersteigen. Der Anspruch beschränkt sich auf den Betrag, der wahrscheinlich durch die Grund- und Zusatzversicherung der anspruchsberechtigten Person im konkreten Fall übernommen würde.

Die vorgeleistete Summe ist Assura AG von der anspruchsberechtigten Person innerhalb von 30 Tagen nach der Rückkehr in ihr Wohnsitzland zurückzubezahlen, sofern der Betrag nicht von Assura AG oder von anderen Versicherern gemäss den abgeschlossenen Versicherungsdeckungen übernommen wird.

Vor der Gewährung einer Vorauszahlung behalten sich die Hilfeleistungs-Organisation und Assura AG das Recht vor, von der anspruchsberechtigten Person eine Schuldanererkennung in der Höhe des vorgeleisteten Betrages zu verlangen.

Von diesem Anspruch ausgeschlossen sind:

- Kosten für Behandlungen und chirurgische Eingriffe, die von einer Ärztin oder einem Arzt in der Schweiz bzw. im Wohnsitzland verordnet wurden;
- Kosten für Leistungen, die nach Ende der garantierten Deckungsdauer oder nach der Rückkehr in die Schweiz oder in das Wohnsitzland verordnet werden;
- Kosten für Prothesen, Optik und Thermalkuren.

Artikel 8

Anspruch 2 – Sanitätstransport

Bei Vorliegen eines schwerwiegenden medizinischen Grundes ermöglicht die Hilfeleistungs-Organisation:

1. den Eintritt der anspruchsberechtigten Person in die dem Ort des Ereignisses nächstgelegene Spitaleinrichtung;
2. falls erforderlich den Transport der anspruchsberechtigten Person mit jedem geeigneten Transportmittel (Krankenwagen, Linienflugzeug, privates Sanitätsflugzeug) in die dem Ort des

Ereignisses nächstgelegene, für die Behandlung je nach Art der Verletzung oder der Krankheit geeignete Spitaleinrichtung;

3. nach Abschluss der Behandlung die Rückführung der anspruchsberechtigten Person per Zug (1. Klasse) oder per Linienflug (Businessklasse) bis zu ihrem Wohnort, sofern eine Rückkehr ins Wohnsitzland zumutbar ist und das ursprünglich für die Rückreise vorgesehene Transportmittel nicht benutzt werden kann;

4. gegebenenfalls die Rückführung der anspruchsberechtigten Person in die ihrem Wohnort im Wohnsitzland nächstgelegene Spitaleinrichtung, sofern eine Rückkehr ins Wohnsitzland zumutbar ist. Die sanitäre Rückführung erfolgt mit jedem angemessenen Transportmittel, inklusive privatem Sanitätsflugzeug. Falls der Gesundheitszustand der anspruchsberechtigten Person dies erfordert, erfolgt der Transport unter medizinischer Überwachung.

Artikel 9

Anspruch 3 – Rückführung im Todesfall

Im Todesfall der anspruchsberechtigten Person kümmert sich die Hilfeleistungs-Organisation um alle vor Ort anfallenden Formalitäten und die umgehende Begleichung der Kosten für die Behandlung post mortem, den Sarg und die Rückführung des Leichnams zum Bestattungsort im Wohnsitzland. Ausgenommen hiervon sind die Bestattungskosten.

Artikel 10

Anspruch 4 – Rückführung der übrigen versicherten Personen

Bei Rückführung einer anspruchsberechtigten Person aus schwerwiegenden medizinischen Gründen oder im Todesfall werden die zusätzlichen Kosten für die gleichzeitige Rückreise der übrigen versicherten Reisenden per Zug (1. Klasse) oder Linienflug (Businessklasse) an ihren Wohnsitz im Wohnsitzland gedeckt, sofern das ursprünglich für die Rückreise vorgesehene Transportmittel unter den gegebenen Umständen nicht benutzt werden kann.

Artikel 11

Anspruch 5 – Besuch eines Familienangehörigen

Ist die anspruchsberechtigte Person im Ausland länger als sieben Tage hospitalisiert, übernimmt die Hilfeleistungs-Organisation die Hin- und Rückreise eines Familienangehörigen per Zug (2. Klasse) oder per Linienflug (Economyklasse).

Artikel 12

Anspruch 6 – Rückführung der Kinder der anspruchsberechtigten Person

Ist die anspruchsberechtigte Person infolge Einweisung in eine Spitaleinrichtung oder im Falle einer Rückführung nicht in der Lage, sich um ihre Kinder unter 15 Jahren zu kümmern, übernimmt die Hilfeleistungs-Organisation die Kosten der Hin- und Rückreise per Zug (2. Klasse) oder per Linienflug (Economyklasse) einer von ihr bezeichneten Person, die die Kinder beaufsichtigt bzw. rückführt.

Artikel 13

Anspruch 7 – Suche und Rettung

1. Die Hilfeleistungs-Organisation vergütet maximal CHF 10'000 für die Suche und Rettung der vermissten anspruchsberechtigten Person.
2. Bei einem Skiunfall vergütet die Hilfeleistungs-Organisation die Kosten für den Pistenrettungsdienst bis zu einem Höchstbetrag von CHF 300.

Artikel 14

Anspruch 8 – Besorgung von Medikamenten

Ist die anspruchsberechtigte Person aufgrund ihres Gesundheitszustandes auf grundlegende Arzneimittel angewiesen, die am Schadenort nicht erhältlich sind, besorgt die Hilfeleistungs-Organisation diese und stellt sie der anspruchsberechtigten Person oder der betreffenden Spital Einrichtung zu.

B) ADMINISTRATIVE HILFELEISTUNG

Artikel 15

Anspruch 9 – Verlust oder Diebstahl von Ausweisen

Bei Verlust oder Diebstahl von Ausweispapieren unterstützt die Hilfeleistungs-Organisation die anspruchsberechtigte Person nach Möglichkeit in administrativen Angelegenheiten und lässt ihr die für die Rückreise in ihr Wohnsitzland erforderlichen Papiere zukommen.

Artikel 16

Anspruch 10 – Verlust oder Diebstahl von Fahrausweisen

Bei Verlust oder Diebstahl von Fahrausweisen für die Rückreise leistet die Hilfeleistungs-Organisation gegen eine von der anspruchsberechtigten Person unterzeichnete Schuldanerkenntnis oder gegen Hinterlegung einer Garantiesumme am Sitz der Hilfeleistungs-Organisation in Wallisellen den Kaufpreis eines neuen Fahrausweises vor. Die vorgeleistete Summe ist von der anspruchsberechtigten Person nach ihrer Rückkehr in ihr Wohnsitzland der Hilfeleistungs-Organisation zurückzubezahlen.

Artikel 17

Anspruch 11 – Entgegennahme und Weiterleitung von Mitteilungen

Die Hilfeleistungs-Organisation nimmt im Schadenfall dringende Mitteilungen entgegen und leitet sie an die anspruchsberechtigte Person weiter.

KAPITEL III – DECKUNGS AUSSCHLÜSSE

A) ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE

Artikel 18

Von der Versicherung ausgeschlossen sind Schadenfälle:

1. infolge von Bürgerkriegen oder anderen kriegerischen Ereignissen, inneren Unruhen, Menschaufmäufen, Terrorismus- oder Sabotagehandlungen;
2. die von der anspruchsberechtigten Person willentlich herbeigeführt oder auf ein Wagnis oder **grobe Fahrlässigkeit** derselben zurückzuführen sind;
3. die auf ein Verbrechen, ein Vergehen oder eine Schlägerei der anspruchsberechtigten Person zurückzuführen sind;
4. infolge Teilnahme der anspruchsberechtigten Person an Wetten oder Rennen jeder Art, im Rahmen der berufsmässigen oder freizeitlichen Ausübung eines Sports sowie im Rahmen der Vorbereitung auf Wett- oder Schaukämpfe; Letztere sind ebenfalls ausgeschlossen;
5. infolge direkter oder indirekter Atomreaktionen;
6. im Rahmen von Flugreisen, wenn die anspruchsberechtigte Person nicht als zahlender Passagier eines gewerbmässig von einer Fluggesellschaft betriebenen Flugzeugs mitreist.

Rückführungen, Sanitätstransporte und Besuchs- oder Rückreisen müssen von der Hilfeleistungs-Organisation organisiert oder von dieser vorgängig genehmigt werden. Vorbehalten sind Notfälle (Gefahr im Verzug). Wenn die versicherte Person in unentschuldbarer Weise gegen die Verpflichtung verstösst, die Hilfeleistungs-Organisation beizuziehen oder vorgängig ihre Zustimmung einzuholen, können die Versicherungsleistungen auf den Betrag beschränkt werden, der bei Einhaltung der Pflichten gesprochen worden wäre, oder der Leistungsanspruch erlischt vollständig. Davon ausgenommen sind Notfälle (Gefahr im Verzug).

B) AUSSCHLÜSSE AUS MEDIZINISCHEN GRÜNDEN ODER AUFGRUND DES VERHALTENS DER ANSPRUCHSBERECHTIGTEN PERSON

Artikel 19

Von der Versicherung ausgeschlossen sind:

1. Medizinische und chirurgische Erkrankungen, die vor Reiseantritt eingetreten sind, unabhängig von deren Verlauf und Stadium und einschliesslich Rekonvaleszenz;
2. Leiden, für die ein Versicherungsvorbehalt angebracht worden ist;
3. Entbindungs- und Schwangerschaftskomplikationen;
4. Psychische Krankheiten, Suizid oder Folgen eines Suizidversuchs;
5. Folgen von Drogen- oder Alkoholkonsum oder der Einnahme von nicht durch eine Ärztin oder einen Arzt verordneten Medikamenten.

KAPITEL IV – PFLICHTEN DER ANSPRUCHSBERECHTIGTEN PERSON

A) PERSÖNLICHE ANSPRÜCHE

Artikel 20 – Sanitätstransporte gemäss Anspruch 2

1. Um der Hilfeleistungs-Organisation ein sofortiges Eingreifen zu ermöglichen, muss ihr die anspruchsberechtigte Person oder deren Vertretung folgende Angaben mitteilen:

- Namen, Adresse und Telefonnummer der Spitaleinrichtung, in der sich die versicherte Person befindet;
- Namen, Adresse und Telefonnummer des vor Ort behandelnden Arztes;
- Namen, Adresse und Telefonnummer des Hausarztes im Wohnsitzland, falls erforderlich.

2. Zwecks Beurteilung des Gesundheitszustandes hat die anspruchsberechtigte Person Ärzten und Vertretern der Hilfeleistungs-Organisation freien Zugang zu ihr zu ermöglichen, ansonsten verliert sie ihren Anspruch auf Soforthilfe. Ausgenommen hiervon sind begründete Einzelfälle.

3. Die Wahl von Behandlung, Zeitpunkt, Transportmittel und Spitaleinrichtung wird immer vom Vertrauensarzt der Hilfeleistungs-Organisation in Absprache mit dem behandelnden Arzt und, falls erforderlich, mit dem Hausarzt getroffen.

4. Übernimmt die Hilfeleistungs-Organisation die Kosten der Rückführung, hat ihr die anspruchsberechtigte Person das Billett für die Rückreise zu überlassen oder dessen Gegenwert zu vergüten.

B) GEMEINSAME BESTIMMUNGEN

Artikel 21 – Schadenmeldepflicht

Die anspruchsberechtigte Person hat die Hilfeleistungs-Organisation innerhalb von 3 Tagen nach Eintritt des Schadenereignisses zu informieren, andernfalls kann sie zur Zahlung der zusätzlichen Kosten verpflichtet werden, die aus der Verletzung dieser Pflicht entstanden sind.

In den in Artikel 26 vorgesehenen Fällen erfolgen jedoch keine Sanktionen.

Artikel 22 – Schadenminderungspflicht

Die anspruchsberechtigte Person hat alle zumutbaren Vorkehrungen zu treffen, um den Schaden zu mindern oder dessen Eintritt zu verhindern. Ist keine Gefahr im Verzug, hat sie zu den zu treffenden Massnahmen die Anweisungen der Hilfeleistungs-Organisation einzuholen und sich daran zu halten. Wenn die anspruchsberechtigte Person in unentschuldbarer Weise gegen diese Verpflichtung verstösst, werden die Leistungen lediglich in der Höhe des Betrags gewährt, der bei Einhaltung dieser Verpflichtung geschuldet worden wäre, oder der Leistungsanspruch erlischt vollständig.

Artikel 23 – Verpflichtung zum Beizug der Hilfeleistungs-Organisation im Schadenfall

1. Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die anspruchsberechtigte Person vorgängig mit der Hilfeleistungs-Organisation Kontakt aufgenommen und deren Hilfeleistung in Anspruch genommen hat. Davon ausgenommen sind Notfälle. Die rund um die Uhr erreichbare Notfallnummer steht auf der Versichertenkarte der anspruchsberechtigten Person.

2. Wenn die versicherte Person in unentschuldbarer Weise gegen die Verpflichtung verstösst, die Hilfeleistungs-Organisation beizuziehen oder vorgängig ihre Zustimmung einzuholen, können die Versicherungsleistungen auf den Betrag beschränkt werden, der bei Einhaltung der Pflichten gesprochen worden wäre, oder der Leistungsanspruch erlischt vollständig. Davon ausgenommen sind Notfälle (Gefahr im Verzug).

Artikel 24 – Identität der Hilfeleistungs-Organisation

1. Bei Schadenfällen ist die Hilfeleistungs-Organisation AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), Niederlassung Wallisellen (Schweiz) (eine Gesellschaft der international tätigen Allianz-Gruppe) zu kontaktieren. Die Telefonnummer ist auf der Versichertenkarte sowie am Ende der vorliegenden Bestimmungen aufgeführt. Der Sitz der Niederlassung befindet sich in Wallisellen (Schweiz – ZH).

2. Assura AG behält sich das Recht vor, jederzeit die Hilfeleistungs-Organisation zu wechseln. Dies berechtigt den Versicherungsnehmer nicht zur Kündigung, sofern die obgenannten Leistungen garantiert sind. Der Versicherungsnehmer wird schriftlich informiert.

Artikel 25 – Datenbearbeitung

1. Prüfung des Versicherungsschutzes

Zum Zweck der Prüfung des Versicherungsschutzes übermittelt Assura AG der beauftragten Hilfeleistungs-Organisation diejenigen Daten, die erforderlich sind für die Identifizierung der versicherten Person, für die Bestimmung ihres Versicherungsschutzes zum Zeitpunkt der Anfrage, der maximalen Dauer der gedeckten Auslandsaufenthalte und, falls bekannt, der geplanten Reisedaten, zur Prüfung allfälliger Gesundheitsvorbehalte oder eines Aufschubs der Versicherungsdeckung. Die Datenübermittlung erfolgt unter Einhaltung der Bestimmungen zu Datenschutz und Datensicherheit gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz und kann via Dritte erfolgen, z. B. durch die Nutzung einer digitalen Lösung.

2. Datenaustausch

2.1 Im Rahmen der Hilfeleistungen für Touristinnen und Touristen stimmt die versicherte Person dem Austausch von Personendaten einschliesslich schützenswerter Personendaten wie Gesundheitsdaten zwischen der von Assura AG beauftragten Hilfeleistungs-Organisation, den beteiligten Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte, Spitäler usw.) und Assura AG zu. Dieser Austausch hat unter Einhaltung der Bestimmungen zu Datenschutz und Datensicherheit zu erfolgen und darf nur erfolgen, soweit er zur Sicherstellung einer optimalen Koordination im Rahmen der Hilfeleistungen für Touristinnen und Touristen und zur Bestimmung des Leistungsanspruchs und Bearbeitung von Reklamationen unbedingt erforderlich ist.

2.2 Telefongespräche zwischen der versicherten Person und der Hilfeleistungs-Organisation werden gemäss den gesetzlichen Vorschriften von der Hilfeleistungs-Organisation aufgezeichnet, archiviert und schliesslich vernichtet. Bei Streitigkeiten können die Aufzeichnungen als Beweismittel verwendet und nötigenfalls vor den betreffenden juristischen Instanzen zum Beweis herangezogen werden. Assura AG verfügt ohne entsprechende Vollmacht durch die versicherte Person über keinen direkten Zugriff auf diese Informationen.

2.3 Die obgenannte Datenübermittlung zwischen Assura AG, der Hilfeleistungs-Organisation und den anderen betroffenen Leistungserbringern erfolgt unter Einhaltung der Bestimmungen zu Datenschutz und Datensicherheit und kann über Dritte erfolgen, z. B. durch die Nutzung einer digitalen Lösung.

3. Datenbearbeitung durch Assura AG

Assura bearbeitet nur die Daten, die notwendig sind, um die Einhaltung der Versicherungsbedingungen zu prüfen, das Anrecht auf Versicherungsleistungen zu evaluieren, Rückerstattungsanträge für Leistungen zu bearbeiten, Reklamationen zu bearbeiten, Regressansprüche gegen haftpflichtige Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen. Die Datenbearbeitung erfolgt unter Einhaltung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Artikel 26 – Sanktionen und Rechtfertigungen bei Pflichtverletzungen

Allfällige Sanktionen wegen einer Pflichtverletzung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer bzw. die anspruchsberechtigte Person gelten in folgenden Fällen nicht:

- a. wenn aus den Umständen hervorgeht, dass der Verstoss nicht der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person angelastet werden kann;
- b. wenn die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer belegen kann, dass der Verstoss keinen Einfluss auf den Schadenfall und auf den Umfang der Leistungen hat, die vom Versicherungsunternehmen geschuldet werden.

Artikel 27 – Anfechtungen und Gerichtsstand

1. Assura AG ist die Risikoträgerin, die bei Uneinigkeit oder Streitigkeit im Zusammenhang mit der Gewährung oder Verweigerung einer in vorliegenden Bedingungen vorgesehenen Leistung zu kontaktieren ist.
2. Sämtliche sich aus den vorliegenden Bedingungen ergebenden Einsprachen sind an Assura AG zu richten. Diese anerkennt bei Streitigkeiten als Gerichtsstand den Schweizer Wohnsitz der Versicherungsnehmerin oder des Versicherungsnehmers bzw. der anspruchsberechtigten Person sowie den Sitz von Assura AG.

Assura AG

ZEIT SPAREN

Bei Ihrem ersten Anruf bei der Hilfeleistungs-Organisation (Tel. 41 21 721 44 88) müssen Sie folgende Angaben machen:

1. Namen, Vornamen, Adresse mit Hinweis auf «versichert bei Assura AG»
2. Policennummer bei Assura AG
3. Ort, an dem sich die versicherte Person befindet, und Telefonnummer, unter der sie erreichbar ist
4. Grund des Anrufes