
Kollektiv-Zusatzversicherungen s-care/h-care

gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Sanitas Corporate Private Care

Ausgabe Januar 2005 (Fassung 2013)

Sanitas Privatversicherungen AG mit Sitz in Zürich

sanitas

1 Grundlagen des Vertrages

- 1 Die Grundlagen des Vertrages bilden der Kollektivvertrag des versicherten Unternehmens mit der Sanitas Privatversicherungen AG (nachstehend Sanitas genannt), alle schriftlichen Erklärungen, die das versicherte Unternehmen, der Versicherte (Antragsteller und/oder versicherte Person) oder deren Vertreter im Antrag und in weiteren Schriftstücken abgeben, sowie ärztliche Berichte.
- 2 Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien sind im Kollektivvertrag, in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), den Zusatzbedingungen (ZB) und allfälligen Besonderen Bedingungen (BB) festgelegt.
- 3 Soweit in diesen Schriftstücken eine Frage nicht ausdrücklich geregelt ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).
- 4 In dieser Kollektivversicherung kann die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) nicht alleine abgeschlossen werden.
- 5 Die im Text gewählte männliche Form gilt analog auch für weibliche Personen.

2 Gegenstand der Versicherung

- 1 Sanitas versichert die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Das Unfallrisiko ist nur mit-versichert, wenn es in der Police aufgeführt ist.
- 2 Vergütet werden die Kosten, welche die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG, der obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) und der Eidgenössischen Militärversicherung (MV) übersteigen.

3 Versicherte Leistungen

- 1 Dem Versicherten stehen die nachstehenden Leistungskategorien und zusätzliche Versicherungen zur Auswahl. Sämtliche abschliessbaren Versicherungsprodukte sind im Kollektivvertrag des versicherten Unternehmens aufgeführt.

Schweiz:

- BASIC
- COMFORT
- PRIVATE
- ROYAL

Ausland:

- ROYAL AUSLAND
- PRIVATE INTERNATIONAL

- 2 Leistungen werden im Rahmen der ungedeckten Kosten vergütet. Massgebend für die Leistungspflicht von Sanitas ist das Behandlungsdatum bzw. der Zeitpunkt, in welchem die versicherte Leistung vom Leistungserbringer erbracht wird.
- 3 Leistungen für Krankheit, Mutterschaft und Unfall sind nicht kumulierbar.
- 4 Der Anspruch auf Mutterschaftsleistungen beginnt 9 Monate nach Eingang des Antrags bei Sanitas.
- 5 Grenzgängern und deren Familienangehörigen werden die Leistungen auch im ausländisch-schweizerischen Grenzgebiet ausgerichtet.
- 6 Sanitas kann die Kosten medizinischer Eingriffe auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der angewendeten Massnahmen überprüfen. Zudem wird die Übereinstimmung der fakturierten Leistungen mit lokalen Normen verglichen und die Höhe der Entschädigung angepasst. Sanitas tritt in diesem Fall in die Rechte des Versicherten ein.
- 7 Werden die Kosten nicht detailliert ausgewiesen, nimmt Sanitas die Aufteilung nach Ermessen vor.

4 Begriffe

- 1 Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen.
- 2 Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.
- 3 Als Unfall gilt 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. Berufskrankheiten und unfallähnliche Ereignisse sind den Unfällen gleichgestellt. Massgebend sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG).
- 4 Mitarbeiter sind Personen, welche mit dem versicherten Unternehmen in einem arbeitsrechtlichen Verhältnis stehen.
- 5 Familienangehörige sind Ehepartner oder Lebensgefährten von Mitarbeitern und ihre Kinder, solange sie im gleichen Haushalt leben.
- 6 Versicherte sind Personen, die in einem Versicherungsverhältnis mit Sanitas stehen.

5 Örtlicher Geltungsbereich

- 1 Die Versicherungen gelten auf der ganzen Welt. Ausserhalb der Schweiz jedoch nur während Auslandsaufenthalten von maximal 12 Monaten Dauer bei Erkrankungen oder Unfällen, die eine notfallmässige Behandlung erfordern. Allfällige Abweichungen sind in den Zusatzbedingungen definiert.
- 2 Für Auslandsaufenthalte, die länger als 12 Monate dauern, oder bei Aufgabe des Wohnsitzes in der Schweiz steht den Versicherten, die nicht mehr der Versicherungspflicht gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstehen, die Versicherungslösung PRIVATE INTERNATIONAL zur Verfügung. Versicherte, die nach wie vor der Versicherungspflicht gemäss KVG unterstehen, können den Versicherungsschutz während längstens 6 Jahren in der Leistungskategorie ROYAL AUSLAND weiterführen. Das Aufenthaltsland wird der Schweiz gleichgestellt.
- 3 Für ins Ausland entsandte Mitarbeiter und ihre Familienangehörigen gilt (vorbehältlich anders lautender Vereinbarungen mit den versicherten Unternehmen) folgende Regelung:
 - Entsendung bis 8 Monate:
COMFORT, PRIVATE oder ROYAL
 - Entsendung bis 12 Monate:
PRIVATE oder ROYAL
 - Entsendung für mehr als 12 Monate:
ROYAL AUSLAND (sofern KVG-pflichtig)
PRIVATE INTERNATIONAL (sofern nicht KVG-pflichtig)
- 4 Als Wohnsitz oder Wohnort gilt der Ort, an welchem der Versicherte seinen sozialen und beruflichen Lebensmittelpunkt hat.

6 Grobfahrlässigkeit

Sanitas verzichtet auf das ihr zustehende Recht, Versicherungsleistungen bei Grobfahrlässigkeit zu kürzen. Für Leistungskürzungen anderer Versicherer besteht jedoch kein Leistungsanspruch.

Einschränkungen des Versicherungsumfangs

7 Leistungsausschlüsse

Mit Ausnahme anders lautender Bestimmungen in den Zusatzbedingungen (ZB) werden in den nachfolgenden Fällen keine Leistungen für Heilungskosten und/oder Taggeld erbracht:

- Kostenbeteiligung und Leistungskürzungen aus anderen Versicherungen
- bei Vertragsbeginn bereits bestehende Leiden

- Behandlungen und Massnahmen, die nicht wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss
- Eingriffe zur Behebung oder Verbesserung physischer Mängel und Verunstaltungen, soweit sie nicht durch ein versichertes Ereignis notwendig geworden sind
- Behandlungen zum Zweck der Selbsterfahrung, Selbstentwicklung oder Persönlichkeitsreifeung oder zu anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken
- Abmagerungskuren, Diätberatungen, Kräftigungstherapien, Zellulartherapien
- Zahnbehandlungen, ausser in Zusammenhang mit einer Pflichtleistung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG
- von einer Justiz- oder Verwaltungsbehörde angeordnete Massnahmen (Therapie anstelle eines Strafvollzuges, Alkoholtst usw.)
- Folgen von Unruhen, Terrorakten, Verbrechen und Vergehen aller Art und der dagegen ergriffenen Massnahmen, es sei denn, der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war
- Behandlungen bei ausländischem Militärdienst und/oder Folgebehandlungen
- Krankheiten und Unfälle infolge kriegerischer Ereignisse
 - in der Schweiz;
 - im Ausland, es sei denn, die Krankheit oder der Unfall ereigne sich innert 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten solcher Ereignisse in dem Land, in welchem der Versicherte sich aufhält, und er sei von deren Ausbruch überrascht worden;
 - für Expatriates sowie für Versicherte, die im Auftrag des Arbeitgebers für eine kurze Dauer (maximal 12 Monate) im Ausland tätig sind, erstreckt sich die Versicherung auch auf Unfälle infolge kriegerischer Ereignisse, soweit der Versicherte an den damit verbundenen Handlungen weder aktiv noch in aufwieglerischer Weise teilnimmt und sich auch nicht absichtlich ins Gebiet der Kampfhandlungen begibt.

Sanitas kann für einzelne Länder diese Zusatzdeckung unter Einhaltung einer 14-tägigen Ankündigungsfrist vorübergehend stilllegen oder ganz aufheben.

8 Mehrfachversicherungen

Besteht für Kosten oder Erwerbsausfall bei mehreren Versicherern Versicherungsschutz, werden die Kosten bzw. der Erwerbsausfall gesamthaft nur einmal vergütet. Sanitas bezahlt in diesen Fällen ihre Leistungen lediglich anteilmässig.

9 Leistungen Dritter

- 1 Die Versicherten sind verpflichtet, Sanitas über jegliche Leistungen von Dritten sowie über Vereinbarungen von Abfindungssummen umgehend zu informieren, sofern Sanitas im gleichen Versicherungsfall Leistungen zu erbringen hat.
- 2 Erbringt Sanitas anstelle eines Dritten Leistungen, hat der Versicherte seine Ansprüche im Umfang der Leistungspflicht Sanitas abzutreten.
- 3 Vereinbarungen von Versicherten mit Dritten sind für Sanitas nicht verbindlich.

Obliegenheiten und Anspruchsbegründung

10 Allgemeine Obliegenheiten

Die Versicherten sind verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen oder den Anordnungen anderer Leistungserbringer Folge zu leisten.

11 Anspruchsbegründung

- 1 Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, sind Sanitas detaillierte Originalrechnungen und Belege einzureichen.
- 2 Bei Leistungen eines anderen Versicherers (z.B. aus der obligatorischen Krankenpflege- oder Unfallversicherung) sind Sanitas Rechenkopien und die detaillierten Abrechnungen dieses Versicherers einzureichen.
- 3 Werden Unfallleistungen geltend gemacht, ist Sanitas das Formular Unfallmeldung einzureichen.

12 Auslandsrechnungen

- 1 Rechnungen und Unterlagen aus dem Ausland sind in deutscher, französischer, italienischer, englischer oder spanischer Sprache einzureichen. Rechnungen und Unterlagen in anderen Sprachen ist eine anerkannte Übersetzung beizulegen.
- 2 Die Umrechnung erfolgt zum Tageskurs der Rechnungstellung oder aufgrund der Kreditkartenabrechnung.

13 Verletzung von Obliegenheiten

Verletzt der Versicherte im Schadenfall seine Obliegenheiten gegenüber Sanitas, können Leistungen gekürzt oder verweigert werden.

Beginn und Ende der Versicherungen

14 Aufnahmebestimmungen

- 1 Mit der Einreichung des Antrags werden Ärzte, Vorversicherer und andere Versicherungsträger ermächtigt, Sanitas bzw. ihren Vertrauensärzten Auskünfte zu erteilen.
- 2 Sanitas kann eine ärztliche Untersuchung verlangen, deren Kosten zu Lasten der antragstellenden Person gehen. Der Arzt kann von Sanitas mitbestimmt werden.
- 3 Sanitas kann einen Antrag ohne Begründung ablehnen oder Vorbehalte anbringen.
- 4 Hat der Versicherte beim Abschluss des Vertrages eine erhebliche Tatsache (bestehende oder früher bestandene Krankheiten und/oder Unfallfolgen), die er kannte oder hätte kennen müssen und über die er schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, kann Sanitas den Vertrag innerhalb von 4 Wochen nach Kenntnisnahme der Anzeigepflichtverletzung kündigen. Die Versicherung erlischt per Ende des Monats, in welchem die schriftliche Kündigung beim Versicherten eingetroffen ist. Bereits bezahlte Leistungen, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Tatsache beeinflusst worden ist, werden vom Versicherten vollumfänglich zurückgefordert.
- 5 Höchstgrenze für die Aufnahme in die Krankenzusatzversicherung ist das vollendete 60. Altersjahr. Die Höchstgrenze für die Aufnahme in die Unfallzusatzversicherung ist das 65. Altersjahr.

15 Versicherungsbeginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Datum, welches in der Police bzw. in der Annahmeerklärung aufgeführt ist. Der frühestmögliche Versicherungsbeginn ist der Tag des Eintritts in die Firma (für Familienangehörige gilt diese Bestimmung sinngemäss).

16 Vertragsdauer

Der Vertrag ist auf unbestimmte Dauer abgeschlossen.

17 Vertragsänderungen durch den Versicherten

- 1 Vertragsänderungen sind grundsätzlich auf jeden Monatsersten des nächstfolgenden Monats möglich.
- 2 Für Höherversicherungen hat der Versicherte einen neuen Antrag einzureichen. Höchstgrenze für Höherversicherungen ist das vollendete 60. Altersjahr (im Bereich der Unfallzusatzversicherung das vollendete 65. Altersjahr).

- 3 Verminderungen der Versicherung kann der Versicherte schriftlich (ohne neuen Antrag) mitteilen. Die Mitteilung muss die gewünschte Versicherungsdeckung, den gewünschten Zeitpunkt, das Datum und die Unterschrift enthalten.

- 4 Es gelten die Bestimmungen von Ziffer 14 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

18 Auflösung des Arbeitsverhältnisses

Bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses infolge Kündigung wird die bestehende Versicherung des ehemaligen Mitarbeiters und seiner Familienangehörigen im Rahmen einer Versicherungslösung für ehemals Kollektivversicherte (p-care) weitergeführt.

19 Pensionierung

- 1 Bei Pensionierung des Mitarbeiters wird seine bestehende Versicherung und die seiner Familienangehörigen im Rahmen der Kollektivversicherung weitergeführt. Voraussetzung ist, dass die Prämien den Renten der Pensionskasse des ehemaligen Arbeitgebers abgezogen werden können. Ist dies nicht möglich, erfolgt der Übertritt in die Versicherungslösung für ehemals Kollektivversicherte (p-care).
- 2 In die Versicherungen für Heilungskosten kann das Unfallrisiko innerhalb von 3 Monaten nach der Pensionierung ohne Risikoprüfung eingeschlossen werden.
- 3 Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person vorher in einem Kollektivunfallversicherungsvertrag eine entsprechende Unfalldeckung bestanden hat und der Austritt aus dem Kollektivunfallversicherungsvertrag bei der Pensionierung zwingend war.
- 4 Für Unfälle, die sich vor dem Einschluss des Unfallrisikos ereignet haben, werden keine Leistungen übernommen.

20 Tod

Die im Rahmen der Kollektivversicherung versicherten Familienangehörigen des verstorbenen Mitarbeiters können die Versicherung ohne Änderung weiterführen. Voraussetzung ist, dass die Prämien den Hinterbliebenenrenten der Pensionskasse des ehemaligen Arbeitgebers abgezogen werden können. Ist dies nicht möglich, erfolgt der Übertritt in die Versicherungslösung für ehemals Kollektivversicherte (p-care).

21 Übertritt aus der Kollektivversicherung in p-care

- 1 Versicherte, die aus der Kollektivversicherung ausscheiden, treten automatisch in die Versicherungslösung für ehemals Kollektivversicherte (p-care) über.
- 2 Die Versicherung wird zu den bisherigen Leistungen und zu den Bedingungen von p-care weitergeführt, wobei auf eine Gesundheitsprüfung verzichtet wird. Die Prämien werden entsprechend angepasst. Der Übertritt berechtigt zu einer Kündigung innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der neuen Police.
- 3 Die aus der Kollektivversicherung bezogenen Leistungen werden an die Leistungsansprüche von p-care angerechnet. Ein in der Kollektivversicherung laufender Vorbehalt wird weitergeführt.

22 Kündigung der Versicherung

- 1 Sanitas verzichtet ausdrücklich auf das ihr zustehende Kündigungsrecht im Schadenfall. Bei vollendetem oder versuchtem Versicherungsmissbrauch durch den Versicherten kann Sanitas den Vertrag per sofort kündigen.
- 2 Der Vertrag kann auf das Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer 1-monatigen Frist gekündigt werden.
- 3 Bei Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG erfolgt der Übertritt in die Versicherungslösung für ehemals Kollektivversicherte (p-care) zu entsprechend reduzierten Leistungen. Werden alle Krankenzusatzversicherungen der versicherten Leistungskategorie gekündigt, wird die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG in der Einzelversicherung von Sanitas weitergeführt.

23 Sistierung

Die Versicherungen können infolge Auslandsaufenthaltes oder Unterstellung unter die Militärversicherung (MV) (mindestens 28 aufeinander folgende Dienstage) gegen eine Prämienreduktion sistiert werden. Die Sistierung erfolgt auf vorgängiges Gesuch und ist während maximal 24 Monaten möglich. Tritt während der Sistierung ein Versicherungsfall ein, werden keine Leistungen bezahlt.

24 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erlischt an jenem Tag, an dem die Vertragsaufhebung bzw. der Versicherungsausschluss wirksam wird. Die versicherten Leistungen werden bis und mit diesem Tag geschuldet.

Prämien

25 Wechsel der Altersgruppe und des Wohnortes

- 1 Die Prämienhöhe setzt sich zusammen aus einem Grundtarif sowie Zuschlägen nach Wohnort, effektivem Alter und Geschlecht. Die altersbedingten Prämienanpassungen erfolgen jeweils per 1. Januar nach Vollendung des 18., des 25. und des 40. Altersjahres, danach alle 5 Jahre. Die letzte altersbedingte Prämienanpassung erfolgt per 1. Januar nach Vollendung des 80. Altersjahres.
- 2 Ein Wechsel des Wohnsitzes kann eine Prämienänderung nach sich ziehen.

26 Prämienzahlung

Die Prämien für die Versicherung des Mitarbeiters sowie der Familienangehörigen werden monatlich vom Gehalt des Mitarbeiters bzw. von der Rente abgezogen.

Verschiedenes

27 Annahme der Police

Stimmt der Inhalt der Police oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, hat der Versicherte innert 4 Wochen nach Empfang der Police deren Berichtigung zu verlangen, ansonsten ihr Inhalt als von ihm genehmigt gilt.

28 Datenerfassung und -bearbeitung

- 1 Sanitas stellt sicher, dass der Datenschutz nach den geltenden Vorschriften des Schweizerischen Rechts, namentlich des Datenschutzgesetzes, eingehalten wird.
- 2 Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und aufgrund von vertraglichen Vereinbarungen kann Sanitas die zur Durchführung der Versicherung notwendigen Informationen einholen, elektronisch erfassen und an Dritte zur Bearbeitung übertragen.

29 Auszahlung von Leistungen

- 1 Ambulante Behandlungen:
Für den Bezug von medizinischen Dienstleistungen und ärztlich verordneten Medikamenten gilt die persönliche Versicherungskarte.
- 2 Bezahlung der Rechnungen:
Honorarschuldner einer Rechnung ist der jeweilige Rechnungsempfänger. Zur Erstattung der versicherten Kosten hat dieser die Originalrechnung Sanitas einzureichen.

- 3 Rückvergütung der bezahlten Rechnungen:
Rechnungen sind unter dem Hinweis auf den Kollektivvertrag und die persönliche Kunden- oder Personalnummer Sanitas einzureichen. Sanitas überweist ihre Leistungen auf ein Post- oder Bankkonto. Falls Auszahlungen mittels anderer Zahlungsmittel verlangt werden, kann Sanitas eine Entschädigung für verursachte Mehrkosten erheben.

30 Namensänderungen, Kontaktadressen, Adressänderungen

- 1 Namensänderungen sind Sanitas durch den Mitarbeiter oder den Arbeitgeber bekannt zu geben.
- 2 Sämtliche sich während mehr als 3 Monaten nicht in der Schweiz aufhaltenden Versicherten sowie die als Grenzgänger versicherten Personen haben Sanitas eine Kontaktadresse in der Schweiz zu hinterlassen.
- 3 Adressänderungen und Meldungen von Kontaktadressen, die den Mitarbeiter betreffen, sind Sanitas durch den Arbeitgeber, solche von Familienangehörigen durch den Mitarbeiter bekannt zu geben (erhält Sanitas eine den Mitarbeiter betreffende Adressänderung, geht sie ohne anders lautende Mitteilung davon aus, dass auch die Familienangehörigen davon betroffen sind). Mitteilungen an die zuletzt gemeldete Adresse gelten als zugegangen.
- 4 Die Mitteilungen an Sanitas haben innert 30 Tagen zu erfolgen.

31 Erfüllungsort und Gerichtsstand

- 1 Die Verpflichtungen aus dem Vertrag sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
- 2 Bei Streitigkeiten ist für Klagen des Versicherten das Gericht an dessen Wohnsitz in der Schweiz oder in Zürich zuständig; für Klagen von Sanitas das Gericht am Wohnsitz des Versicherten in der Schweiz.

