



Versicherungsbedingungen

sodalis gesundheitsgruppe

Kundeninformation nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Allgemeine Versicherungsbedingungen nach VVG – Ausgabe 0122

Inhaltsübersicht

Kundeninformation nach VVG

Allgemeine Versicherungsbedingungen

1. Umfang und Zweck der Versicherung

- 1.1 | Vertragsgrundlagen
- 1.2 | Gegenstand der Versicherung
- 1.3 | Verzicht auf Leistungskürzung
- 1.4 | Ablehnung durch den Versicherer
- 1.5 | Einbezug der Leistungen Dritter
- 1.6 | Verhältnis zur Krankenversicherung nach KVG und anderen Versicherungen
- 1.7 | Keine Übernahme der Jahresfranchise, Selbstbehalte, Beteiligungen & Gebühren
- 1.8 | Örtlicher Geltungsbereich
- 1.9 | Zeitlicher Geltungsbereich

2. Begriffe

- 2.1 | Versicherer
- 2.2 | Versicherte und Versicherungsnehmer
- 2.3 | Primärversicherer
- 2.4 | Krankheit
- 2.5 | Mutterschaft
- 2.6 | Unfall
- 2.7 | Berufskrankheit
- 2.8 | Versicherungsfall/Rückfall
- 2.9 | Anerkannte Leistungserbringer
 - 2.9.1 | Arzt, Zahnarzt und Chiropraktor
 - 2.9.2 | Pflegepersonal
 - 2.9.3 | Spital
 - 2.9.4 | Kuranstalten
- 2.10 | Pflegeleistungen/Hotellerie
- 2.11 | Arbeitsunfähigkeit
- 2.12 | Erwerbsunfähigkeit/Invalidität
- 2.13 | Anspruchsberechtigung im Todesfall
- 2.14 | Geschlechtsneutralität

3. Schadenfall

- 3.1 | Anzeigepflicht
- 3.2 | Kostengutsprache
- 3.3 | Todesfälle
- 3.4 | Auskunftspflicht
- 3.5 | Angehörige als Stellvertreter
- 3.6 | Schadenabrechnung

4. Allgemeine Bestimmungen

- 4.1 | Beginn der Versicherung
- 4.2 | Beginn der Versicherung für Kinder
- 4.3 | Vertragsdauer und ordentliche Kündigung
 - 4.3.1 | Ordentliche Kündigung durch die Parteien

- 4.3.2 | Nachträgliche Wiederinkraftsetzung des Vertrages nach bereits erfolgter Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- 4.3.3 | Vertragsdauer bei Versicherung gegen Arbeitsunfähigkeit (Taggeld)
- 4.4 | Kündigung nach Schadenfall
- 4.5 | Erlöschen von Versicherungsschutz und Versicherungsleistungen
 - 4.5.1 | Erlöschen des Versicherungsschutzes
 - 4.5.2 | Erlöschen bestehender Versicherungsansprüche
- 4.6 | Leistungsdauer/Leistungsumfang
- 4.7 | Leistungseinschränkungen
- 4.8 | Prämie
 - 4.8.1 | Fälligkeit der Prämie
 - 4.8.2 | Ratenzahlung
 - 4.8.3 | Prämienrückerstattung pro rata
 - 4.8.4 | Prämienmahnverfahren/Ruhe der Leistungspflicht
 - 4.8.5 | Krankheits- und Unfallkosten bei unbezahlter Prämie
 - 4.8.6 | Änderung der Prämien, Franchise oder Selbstbehalte
 - 4.8.7 | Prämientarif
- 4.9 | Kündigung nach Vertragsanpassung
- 4.10 | Anzeigepflicht bei Vertragsabschluss
- 4.11 | Gefahrerhöhung und Gefahrminderung
 - 4.11.1 | Anzeigepflicht der Gefahrerhöhung
 - 4.11.2 | Prämie nach Gefahrerhöhung
 - 4.11.3 | Prämie nach Gefahrminderung
- 4.12 | Mitteilungen/Meldestellen
- 4.13 | Gerichtsstand

5. Verschiedenes

- 5.1 | Leistungen im Ausland
- 5.2 | Leistungen bei Ersatzpolice
- 5.3 | Fälligkeit und Bezahlung der Versicherungsleistungen
- 5.4 | Abtretung und Verpfändung
- 5.5 | Mehrfachversicherung
- 5.6 | Revision der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Kundeninformation nach VVG

Allgemeines

Diese Kundeninformation gibt in übersichtlicher und kurzer Form einen Überblick über die wesentlichen Inhalte unserer Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (Art. 3 VVG). Die Einzelheiten ergeben sich vor allem aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den produktbezogenen Zusatzbedingungen.

Versicherer

Versicherer ist die sodalis gesundheitsgruppe (nachfolgend sodalis) mit statutarischem Sitz an der Balfrinstrasse 15, Visp. sodalis ist ein Verein nach Schweizerischem Recht. Das Tätigkeitsgebiet der sodalis umfasst die Kantone Wallis und Bern.

Versicherte Risiken

Zusatzversicherungen

Ospita Spitalversicherung

Ospita Plus Zusatzversicherung

sodalis Spitalversicherung

Sana/Sana Plus erweiterte Behandlungskosten

Moneta Taggeldversicherung Ausgabe 1016

Moneta Taggeldversicherung Ausgabe 0811

Denta Zusatzversicherung

Risiken

Krankheit, Mutterschaft und (sofern mitversichert) Unfall

Krankheit, Mutterschaft und (sofern mitversichert) Unfall

Krankheit, Mutterschaft und (sofern mitversichert) Unfall

Krankheit, Mutterschaft und (sofern mitversichert) Unfall

Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit und/oder Unfall

Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit und/oder Unfall

Krankheit und Ausschluss von Unfall

Umfasster Versicherungsschutz

Zusatzversicherungen

Ospita Spitalversicherung

Ospita Plus Zusatzversicherung

sodalis Spitalversicherung

Sana/Sana Plus erweiterte Behandlungskosten

Moneta Taggeldversicherung Ausgabe 1016

Moneta Taggeldversicherung Ausgabe 0811

Denta Zusatzversicherung

Risiken

Deckung von Spitalkosten; Stufen allgemeine, halbprivate und private Abteilung

Deckung von Spitalkosten; Stufen allgemeine, halbprivate und private Abteilung

Deckung von Spitalkosten; Stufen allgemeine, halbprivate und private Abteilung

Deckung von erweiterten Behandlungskosten

Taggeld bei Krankheit, Unfall oder Mutterschaft

Taggeld bei Krankheit, Unfall oder Mutterschaft

Deckung von Kosten zahnärztlicher Kontrolluntersuchungen und Behandlungen; Stufen 1, 2, 3, 4.

Es handelt sich beim Versicherungsschutz durch die sodalis stets um Schadenversicherung. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich im Einzelnen aus Versicherungsantrag, Versicherungspolice, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und den produktbezogenen Zusatzbedingungen.

Gültigkeit

Grundsätzlich gilt die Versicherung in der Schweiz und bei medizinischen Notfällen auch im Ausland. Kein Notfall besteht, wenn die Reise ins Ausland zum Zwecke der Behandlung erfolgt. Ausnahmeregelungen sind in den AVB explizit erwähnt.

Prämie

Die Höhe der Prämien hängt von den jeweiligen versicherten Risiken und der gewünschten Deckung ab und ist dem Prämientarif bzw. der Versicherungspolice ersichtlich. Die Prämien werden grundsätzlich dem Lebensalter der versicherten Person entsprechend angepasst. Die konkrete Prämie wird dem Versicherungsnehmer vor Vertragsabschluss mitgeteilt. Je nach Zahlungsart kann ein Skonto in Abzug gebracht werden.

Pflichten

Die Versicherten sind verpflichtet, die Folgen eines versicherten Ereignisses möglichst gering zu halten (gesetzliche Schadenminderungspflicht). Insbesondere müssen sie sich bei Krankheit oder Unfall einer zweckmässigen medizinischen Behandlung unterziehen, die ärztlichen Anweisungen befolgen und die verlangten Auskünfte erteilen. Bei Abklärungen im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag - z. B. betreffend Anzeigeverletzungspflicht oder bei der Leistungsprüfung - hat die versicherte Person mitzuwirken und sodalis alle sachdienlichen Auskünfte und Unterlagen zu erteilen bzw. zu übergeben. Insbesondere ist sodalis der Eintritt eines versicherten Ereignisses (z. B. Unfallmeldung, geplanter Spitaleintritt, ärztliche Kurverordnung) fristgerecht zu melden. (siehe unten).

Laufzeiten und Versicherungsvertragsende

Der Vertrag ist auf eine vereinbarte Dauer abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um ein Kalenderjahr, sofern sodalis nicht spätestens drei Monate vor Jahresende eine Kündigung erhält.

Der Versicherungsvertrag kann durch den Versicherungsnehmer insbesondere in folgenden Fällen gekündigt werden: ordentliche Kündigung per Ende eines Versicherungsjahres (spätestens nach 3 Jahren), Kündigung nach Mitteilung einer Prämienänderung, Kündigung nach einem Schadenfall und Kündigung bei Verletzung der Informationspflicht nach Art. 3 VVG. sodalis kann den Versicherungsvertrag insbesondere in folgenden Fällen kündigen: Verletzung der Anzeigepflicht, Prämienverzug und wesentliche Gefahrerhöhung.

Datenschutz

Die Bearbeitung von Personendaten bildet eine für die Vertragsabwicklung unentbehrliche Grundlage. Sie richten sich nach den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG). Das DSG regelt insbesondere den Umgang mit den besonders schützenswerten Personendaten und Persönlichkeitsprofilen. Für alle Mitarbeitenden der sodalis gilt die gesetzliche Schweigepflicht. sodalis verfügt über das gesetzlich vorgeschriebene Zertifikat VDSZ bzgl. der Zertifizierung von Datenschutzmanagementsystemen sowie das Datenschutzgütesiegel GoodPrivacy. Weiterführende Informationen betreffend Bearbeitung und Umgang mit persönlichen Kundendaten finden Sie auf unserer Webseite www.sodalis.ch. sodalis erhebt, nutzt und speichert (physisch und elektronisch) die folgenden Datenkategorien:

- Antragsdaten (Versicherungsanträge mit Angaben zum Gesundheitszustand)
- Basisdaten (Name, Adresse, Zahlungsverbindungen)
- Zahlungsdaten (Prämienausstände, Mahnungen, Guthaben)
- Leistungsdaten (Leistungsbegehren und -belege, Abklärungsberichte und Leistungszahlungen)

Die persönlichen Daten werden absolut vertraulich behandelt und ausschliesslich zur Abwicklung des Versicherungsvertrags verwendet.

Im Rahmen der Datenbearbeitung können Kundendaten an folgende Dritte weitergeleitet werden:

- dienstleistende Dritte (z. B. IT-Firmen für die Datenbearbeitung, Anbieter von medizinischer Beratung oder Dienstleistungen bei Notfällen im Ausland);
- andere Sozial- und Privatversicherer, Anwälte und externe Sachverständige, sofern dies zur ordnungsgemässen Abwicklung des Versicherungsgeschäfts erforderlich ist;
- haftpflichtige Dritte und deren Haftpflichtversicherung.

Diese Dritten sind vertraglich verpflichtet, die gesetzlichen Bestimmungen im gleichen Umfang zu beachten.

Widerrufsrecht

Der Versicherungsnehmer kann seinen Antrag zum Abschluss des Vertrags oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich oder in anderer Textform widerrufen.

Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald der Versicherungsnehmer den Vertrag beantragt oder angenommen hat. Die Frist ist eingehalten, wenn der Versicherungsnehmer am letzten Tag der Widerrufsfrist seinen Widerruf dem Versicherer mitteilt oder seine Widerrufserklärung per Post übergibt.

Ausgeschlossen ist das Widerrufsrecht insbesondere bei kollektiven Personenversicherungen.

Frist für Schadenanzeige

Ein Versicherungsfall muss dem Versicherer grundsätzlich innerhalb von vier Wochen angemeldet werden.

Bei der Taggeldversicherung muss die versicherte Arbeitsunfähigkeit innert fünf Tagen nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist dem Versicherer gemeldet werden.

Erfassen von Schadenfällen

Der Versicherungsschutz erfasst nur Schadenfälle, bei denen das Schadenereignis während der Vertragslaufzeit eintritt und dem Versicherer auch während der Vertragslaufzeit gemeldet wird.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

1. Umfang und Zweck der Versicherung

1.1 | Vertragsgrundlagen

Grundlagen des Versicherungsvertrags bilden der Antrag, die Police mit allfälligen Nachträgen, die Allgemeinen Bedingungen (nachfolgend AVB genannt), sowie die Zusatzbedingungen der betreffenden Versicherungsabteilungen (nachfolgend Zusatzversicherungen genannt). Als Grundlagen gelten ferner alle übrigen Erklärungen in schriftlicher oder anderer Textform des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer und den untersuchenden Ärzten.

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG).

1.2 | Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer gewährt im Rahmen der von ihm angebotenen Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG während der vereinbarten Vertragsdauer Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Sämtliche Leistungen aus den Krankenpflege-Zusatzversicherungen werden in Ergänzung und im Nachgang zu den Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder anderen Sozialversicherungen erbracht. Die abgeschlossenen Zusatzversicherungen sind im Vertrag aufgeführt.

1.3 | Verzicht auf Leistungskürzung

Der Versicherer verzichtet auf Leistungskürzungen wegen Grobfahrlässigkeit. Hingegen werden allfällige Kürzungen von Leistungen eines Primärversicherers wegen schuldhafter Herbeiführung eines Unfalles oder einer Krankheit sowie wegen aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen durch den Versicherer nicht ersetzt.

1.4 | Ablehnung durch den Versicherer

Der Versicherer kann eine beantragte Zusatzversicherung, eine Reduktion oder die Aufhebung der Jahresfranchise oder Kostenbeteiligung sowie den nachträglichen Einschluss des Unfallrisikos ohne Begründung ablehnen oder Vorbehalte anbringen.

1.5 | Einbezug der Leistungen Dritter

Sämtliche mit dem Versicherer vereinbarten Leistungen werden von ihm jeweils im Nachgang zu den Leis-

tungen ausländischer oder inländischer sozialer Versicherer sowie eines haftpflichtigen Dritten, im Rahmen der zur Zeit des Versicherungsereignisses gültigen AVB, der Zusatzbedingungen und der festgesetzten Beiträge gewährt. Dabei spielt es keine Rolle, ob diese Dritteleistungen aus Gesetz, aus Vertrag oder nach Verschulden zu erbringen sind.

Besteht für die versicherten Kosten bei mehreren Privatversicherern Versicherungsschutz, werden diese gesamthaft nur einmal und nur in der Masse vergütet, als unter Berücksichtigung der Leistungen Dritter dem Versicherten kein Gewinn erwächst. Aus den beim Versicherer abgeschlossenen Zusatzversicherungen werden die Kosten nur anteilmässig vergütet, entsprechend dem Verhältnis, in dem seine Versicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen steht. Sind für die Folgen aufgrund eines Versicherungsereignisses haftpflichtige Dritte leistungspflichtig, so tritt der Versicherer im Umfang und zum Zeitpunkt seiner Leistung für die von ihm gedeckten gleichartigen Schadensposten in die Rechte des Versicherten ein. Der Versicherte verpflichtet sich, nichts zu unternehmen, was der Geltendmachung eines allfälligen Rückgriffsrechts gegenüber Dritten entgegensteht.

Treffen der Versicherte oder der Versicherungsnehmer mit leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung des Versicherers eine Vereinbarung, in welcher sie teilweise oder gänzlich auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen verzichten, fällt der Leistungsanspruch gegenüber dem Versicherer im entsprechenden Umfang dahin.

Grundlagen für den Einbezug der Leistungen Dritter bilden die zur Zeit des Versicherungsereignisses gültigen AVB eines Versicherers, sowie die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen von weiteren leistungspflichtigen Dritten.

1.6 | Verhältnis zur Krankenversicherung nach KVG und an deren Versicherungen

Bei fehlender Grundversicherung nach KVG werden jene Teile der Kosten nicht übernommen, welche durch die Krankenpflegeversicherung nach KVG hätten bezahlt werden müssen. Die gleiche Regelung gilt für die Kosten, welche durch den Kanton hätten bezahlt werden müssen.

1.7 | Keine Übernahme der Jahresfranchise, Selbstbehalte, Beteiligungen und Gebühren

Die zwischen der versicherten Person und anderen Primärversicherern vereinbarte Jahresfranchise, Selbstbehalte, Beteiligungen oder Gebühren werden auch vom Versicherer nicht entschädigt.

1.8 | Örtlicher Geltungsbereich

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt die Versicherung in der ganzen Welt. Sie wird nur mit Personen abgeschlossen, die ihren Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherers (Kantone Wallis und Bern) haben. Sie erlischt spätestens mit dem Ablauf des zweiten Versicherungsjahres, in welchem der Versicherte seinen zivilrechtlichen Wohnsitz ausserhalb des Tätigkeitsgebietes des Versicherers verlegt.

Verlegt der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland (inklusive das Fürstentum Liechtenstein, aber ausgenommen die Enklaven Büsingen und Campione), erlischt die Versicherung spätestens mit dem Ablauf des laufenden Versicherungsjahres, in dem der Wohnsitz verlegt wird. Wohnsitz im Ausland bedeutet dabei die Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes.

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte ist verpflichtet, den Versicherer über den Wohnsitzwechsel innerhalb von vier Wochen zu informieren.

1.9 | Zeitlicher Geltungsbereich

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, deckt der Vertrag nur Schadenfälle, bei denen das Schadenereignis während der Vertragslaufzeit eintritt und zudem während der Vertragslaufzeit gemeldet wurde.

2. Begriffe

2.1 | Versicherer

Unter der Bezeichnung «Versicherer» wird jeweils die sodalis gesundheitsgruppe mit Gesellschaftssitz in Visp verstanden, die die angebotenen Krankenzusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) durchführt.

Der Versicherer kann für die Krankenzusatzversicherungen nach VVG mit weiteren Ortskrankenversicherern im Oberwallis Vermittlungsvereinbarungen treffen. Diese Vermittler sind gegenüber dem Versicherungsnehmer oder Versicherten ebenfalls berechtigt, als rechtsgültige Meldestelle für diesen Versicherungsvertrag aufzutreten.

2.2 | Versicherte und Versicherungsnehmer

Unter der Bezeichnung «Versicherte» werden die Personen verstanden, die im Rahmen des Versicherungsvertrags versichert sind.

Unter der Bezeichnung «Versicherungsnehmer» wird die Person verstanden, die mit dem Versicherer den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat.

2.3 | Primärversicherer

Unter der Bezeichnung «Primärversicherer» werden alle obligatorischen und freiwilligen, inländischen und ausländischen Sozialversicherer sowie haftpflichtige Dritte verstanden, die aufgrund von Bestimmungen aus Gesetz, aus Vertrag oder nach Verschulden gegenüber dem Versicherer vorleistungspflichtig sind.

2.4 | Krankheit

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

2.5 | Mutterschaft

Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, wird Mutterschaft den Krankheiten gleichgestellt, sofern die Mutter bei der Niederkunft während mindestens 270 Tagen beim Versicherer für Krankheit versichert ist.

2.6 | Unfall

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit zur Folge hat.

Als Unfälle gelten auch:

- Erfrierungen
- Hitzeschlag
- Sonnenstich (ausgenommen Sonnenbrand)
- Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen.

Folgende Körperschädigungen sind auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

- Knochenbrüche, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung zurückzuführen sind;
- Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen, Trommelfellverletzungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend.

2.7 | Berufskrankheit

Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten, die bei der versicherten beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten, gemäss Anhang 1 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982, ver-

ursacht und während der Versicherungsdauer eingetreten sind.

Sie gelten als eingetreten, sobald der Versicherte erstmals einer ärztlichen Behandlung bedarf oder arbeitsunfähig ist.

Für erwerbstätige Personen bis zum ordentlichen oder vorzeitigen Pensionszeitpunkt sind Berufskrankheiten den Unfällen gleichgestellt.

2.8 | Versicherungsfall/Rückfall

Krankheiten und Unfälle, die medizinisch mit früher entschädigten Krankheiten oder Unfällen zusammenhängen, werden, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, nur dann als neue Versicherungsfälle behandelt, wenn der Versicherte seit mindestens zwölf Monaten ihretwegen weder arbeitsunfähig noch in ärztlicher Behandlung gewesen ist.

2.9 | Anerkannte Leistungserbringer

Als grundsätzlich anerkannte Leistungserbringer gelten diejenigen Personen und Einrichtungen, die durch die Krankenversicherungsgesetzgebung nach KVG als solche anerkannt sind, und mit denen der Versicherer für die Durchführung der Krankenversicherung vertragliche Abmachungen getroffen hat. Weitere anerkannte Leistungserbringer sind allenfalls im Vertrag, in den Zusatzbedingungen oder in zusätzlichen Bestimmungen aufgeführt. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gelten folgende Leistungserbringer als weitere anerkannte Leistungserbringer:

2.9.1 | Arzt, Zahnarzt und Chiropraktor

Der zur Berufsausübung zugelassene eidgenössisch diplomierte oder durch ein gleichwertiges ausländisches Fähigkeitszeugnis ausgewiesene Arzt, Zahnarzt oder Chiropraktor.

2.9.2 | Pflegepersonal

Diplomiertes Pflegepersonal und Pflegepersonal, das von Krankenvereinen und Hauskrankenpflege-Organisationen zur Verfügung gestellt wird.

2.9.3 | Spital

Als Spital gilt jede Anstalt, die ausschliesslich verunfallte oder kranke Personen aufnimmt, die der Aufsicht eines diplomierten Arztes unterstehen. Nicht als Spital gelten Kuranstalten.

2.9.4 | Kuranstalten

Als Kuranstalten gelten ärztlich geleitete oder überwachte Anstalten für Bade-, Klima- oder Rehabilitationskuren oder für Erholungsaufenthalte.

2.10 | Pflegeleistungen/Hotellerie

Unter Pflegeleistungen werden die von einem Arzt, Zahnarzt, Chiropraktor, die von Pflegepersonal sowie die im Rahmen eines Aufenthaltes in einem Spital oder in einer Kuranstalt verordneten Heilungsmassnahmen verstanden. Der Vertrag hält fest, inwiefern nur die Kostenvergütung für die Hotellerie vom Versicherer übernommen wird.

2.11 | Arbeitsunfähigkeit

Eine Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge eines versicherten Ereignisses ganz oder teilweise ausserstande ist, seinen derzeitigen Beruf auszuüben.

2.12 | Erwerbsunfähigkeit/Invalidität

Eine Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge eines versicherten Ereignisses ganz oder teilweise ausserstande ist, seinen Beruf oder eine andere Erwerbstätigkeit auszuüben, die seiner Lebensstellung, seinen Kenntnissen und Fähigkeiten angemessen ist. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt auch vor, wenn sie von der Eidg. Invalidenversicherung (1.Säule) verfügt wird.

2.13 | Anspruchsberechtigung im Todesfall

Anspruchsberechtigt sind, soweit nicht im Antrag oder in einer späteren schriftlichen Mitteilung an den Versicherer etwas anderes verfügt wird, der Ehegatte, bei dessen Fehlen die Kinder und Adoptivkinder, bei deren Fehlen die Eltern, bei deren Fehlen die Geschwister und bei deren Fehlen die übrigen Erben.

2.14 | Geschlechtsneutralität

Die im Vertrag bezeichneten Begriffe «Versicherter», «Anspruchsberechtigter», «Versicherungsnehmer» sowie «Antragsteller» sind geschlechterneutral zu verstehen.

3. Schadenfall

3.1 | Anzeigepflicht

In jedem Versicherungsfall, der voraussichtlich Anrecht auf Versicherungsleistungen gibt, ist ein Arzt beizuziehen und für sachgemässe Pflege zu sorgen. Den Anordnungen der Ärzte ist Folge zu leisten.

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, muss ein Versicherungsfall dem Versicherer grundsätzlich innerhalb von vier Wochen angemeldet werden.

Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer oder

dem Versicherten mit, welche Unterlagen, allenfalls auf seine Kosten, für die Prüfung des Versicherungsanspruches nötig sind.

Nach Wiederaufnahme der Arbeit oder bei Beendigung der Behandlungsmassnahmen ist der Versicherer unverzüglich zu informieren.

3.2 | Kostengutsprache

Der Vertrag hält in den Zusatzbedingungen fest, inwiefern der Versicherte den Versicherer vor der Inanspruchnahme der Dienstleistungen von Leistungserbringern informieren muss.

Auf Antrag gewährt der Versicherer dem Versicherten bei Eintritt in ein Spital eine Kostengutsprache im Rahmen der versicherten Leistungen.

Für andere im Vertrag nicht vereinbarte Leistungen ist der Versicherungsnehmer oder der Versicherte gegenüber dem Leistungserbringer direkt verantwortlich. Hat der Versicherer im Rahmen der Kostengutsprache gegenüber Leistungserbringern im Vertrag nicht gedeckte Kosten vergütet, verpflichtet sich der Versicherungsnehmer oder der Versicherte innerhalb von 30 Tagen seit Absendung der Abrechnung zur Rückerstattung.

3.3 | Todesfälle

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, sind Todesfälle dem Versicherer innerhalb von 24 Stunden zu melden, auch wenn das versicherte Grundereignis bereits angemeldet war. Der Versicherer kann die Autopsie der Leiche verlangen.

Der Versicherungsanspruch fällt dahin, wenn die Autopsie verweigert oder wegen schuldhafterweise verspäteter Meldung des Todesfalles verunmöglicht wurde.

3.4 | Auskunftspflicht

Der Versicherer ist berechtigt, über das versicherte Ereignis und über allfällige frühere Unfälle oder Krankheiten alle Auskünfte und Unterlagen, insbesondere ärztliche Zeugnisse, zu verlangen und Untersuchungen durch von ihr bezeichnete Ärzte anzuordnen.

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte sind verpflichtet, dem Versicherer jede Auskunft über den Versicherungsfall wahrheitsgetreu zu erteilen und alle Ärzte, die der Versicherte konsultiert hat, vom ärztlichen Berufsgeheimnis zu entbinden. Der Versicherer behandelt diese Unterlagen streng vertraulich.

3.5 | Angehörige als Stellvertreter

Ist der Versicherungsnehmer oder der Versicherte nicht in der Lage, die Obliegenheiten im Schadenfall zu erfüllen, obliegen sie den Angehörigen und allfälligen an-

deren Anspruchsberechtigten.

3.6 | Schadenabrechnung

Der Versicherer ist gegenüber den Leistungserbringern grundsätzlich nicht Honorarschuldner. Einzelheiten sind in Art. 5.3 geregelt.

Der Versicherte ist verpflichtet, dem Versicherer eine Abrechnung der Leistungen, die ihm durch den Primärversicherer ausbezahlt worden sind, auszuhändigen.

Der Versicherer kann fällige Leistungsansprüche mit Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer und dem Versicherten verrechnen. Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben gegenüber dem Versicherer kein Verrechnungsrecht.

4. Allgemeine Bestimmungen

4.1 | Beginn der Versicherung

Wird vom Versicherer nicht eine provisorische Deckungszusage abgegeben, gilt der Versicherungsvertrag mit der Zustellung der Annahmeerklärung oder der Versicherungspolice als abgeschlossen.

Die Versicherungsdeckung beginnt frühestens mit dem in der Versicherungspolice oder in der schriftlichen Erklärung aufgeführten Datum.

Diese Bestimmung gilt ebenfalls für alle Vertragsänderungen.

4.2 | Beginn der Versicherung für Kinder

Für die vom Versicherer festgelegten Leistungen können neugeborene Kinder auf den Tag der Geburt ohne Vorbehalte versichert werden, sofern der Antrag für die Versicherung vor der Geburt beim Versicherer eingetroffen ist.

4.3 | Vertragsdauer und ordentliche Kündigung

4.3.1 | Ordentliche Kündigung durch die Parteien

Es ist sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für den Versicherer möglich, nach spätestens drei Jahren Vertragsdauer den Vertrag zu beenden. Die Kündigung erfolgt schriftlich oder in anderer Textform unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten auf Ende eines Versicherungsjahrs. Wird der Vertrag nicht gekündigt, verlängert er sich um ein weiteres Versicherungsjahr. Das Versicherungsjahr dauert jeweils vom 1. Januar bis 31. Dezember (Kalenderjahr). Für Vertragsabschlüsse während des Kalenderjahrs wird die Prämie pro rata

temporis erhoben.

Wenn und soweit es sich bei der Versicherung um eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung handelt, steht das ordentliche Kündigungsrecht nur dem Versicherungsnehmer zu. In der kollektiven Taggeldversicherung steht das Recht beiden Parteien zu. Dem Versicherer stehen zudem gesetzliche Kündigungsrechte zu (insbesondere bei Versicherungsbetrug und Anzeigepflichtverletzung).

4.3.2 | Nachträgliche Wiederinkraftsetzung des Vertrages nach bereits erfolgter Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Wurde der Vertrag vom Versicherungsnehmer gekündigt und möchte er während der Kündigungsfrist den bisherigen oder ein abgeänderter Vertrag doch wieder beim Versicherer weiterführen, liegen die Voraussetzungen für die Wiederinkraftsetzung im Ermessen des Versicherers. Ein solches Wiederinkraftsetzen des Vertrags entspricht rechtlich dem Abschluss eines neuen Vertrags. .

4.3.3 | Vertragsdauer bei Versicherung gegen Arbeitsunfähigkeit (Taggeld)

Wenn es sich um einen Vertrag für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit handelt (Taggeld), endet der Versicherungsschutz ohne Weiteres per Ende des Versicherungsjahres, in welchem der Versicherte das ordentliche Pensionsalter erreicht hat oder sich vorzeitig in Pension begibt. Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte muss den Versicherer über die vorgängig erwähnte Aufgabe der Erwerbstätigkeit unverzüglich informieren. Wird das Unfallrisiko mitversichert, muss der Versicherte dem Versicherer unverzüglich mitteilen, wenn der bei Vertragsbeginn deklarierte Arbeitsbereich in Bezug auf die Unfallgefahr ändert, oder wenn sich das bei Vertragsbeginn deklarierte Erwerbseinkommen wesentlich verändert hat, oder wenn die Erwerbstätigkeit aus anderen Gründen als die Pensionierung beendet wurde.

Wird diese Meldung schuldhafterweise unterlassen, ist der Versicherer berechtigt, allfällige Leistungsansprüche rückwirkend entsprechend zu reduzieren. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen zur wesentlichen Gefahrerhöhung nach Art. 28 ff VWG, wonach die Bindung des Versicherers an den Vertrag entfallen kann.

4.4 | Kündigung nach Schadenfall

Nach Eintritt eines ersatzpflichtigen Schadens sind der Versicherer und der Versicherungsnehmer berechtigt, den Vertrag spätestens bei der Auszahlung der Entschädigung zu kündigen. Bei Kündigung des Vertrags

erlischt die Haftung des Versicherers 14 Tage, nachdem der anderen Partei die Kündigung mitgeteilt wurde.

Wenn und soweit es sich bei der Versicherung um eine Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung handelt, stehen das Kündigungsrecht im Schadenfall nur dem Versicherungsnehmer zu. In der kollektiven Taggeldversicherung steht das Recht beiden Parteien zu.

4.5 | Erlöschen von Versicherungsschutz und Versicherungsleistungen

4.5.1 | Erlöschen des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erlischt mit Vertragsablauf, Kündigung oder Tod der versicherten Person. Vorbehalten bleiben zwingende Bestimmungen des VWG.

4.5.2 | Erlöschen bestehender Versicherungsansprüche

Bestehende Versicherungsansprüche aus hängigen Versicherungsfällen erlöschen mit Vertragsbeendigung nicht. Vorbehalten bleiben zwingende Bestimmungen des VWG.

4.6 | Leistungsdauer/Leistungsumfang

In den Zusatzbedingungen werden die Leistungsdauer sowie der Leistungsumfang festgehalten.

4.7 | Leistungseinschränkungen

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gelten folgende Leistungsausschlüsse:

- Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die beim Vertragsabschluss schon bestanden haben. Die Beweispflicht obliegt dem Antragsteller oder dem Versicherten;
- Eingriffe für Korrektur oder Beseitigung physischer Mängel oder Verunstaltungen, soweit sie nicht durch ein versichertes Ereignis notwendig geworden sind, Verjüngungskuren, Behandlungen durch Einpflanzung von Geweben und Zellen;
- Selbsttötung und Selbstverstümmelung oder der Versuch dazu, Eingriffe des Versicherten an seiner eigenen Person, sogar im Zustand der Urteilsunfähigkeit;
- Folgen von kriegerischen Ereignissen in der Schweiz sowie im Ausland, es sei denn, die Krankheit oder der Unfall ereignet sich innert einer Frist von 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in welchem der Versicherte sich aufhält, und er ist vom Ausbruch von kriegerischen Ereignissen dort überrascht worden;
- Folgen von Unruhen aller Art, es sei denn, der Versicherte beweist, dass er nicht auf der Seite der Unru-

- hestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
- Folgen durch Erdbeben in der Schweiz;
 - Folgen anlässlich der Teilnahme an Wettfahrten mit Fahrzeugen und Motorbooten jeglicher Art, einschliesslich der Trainingsfahrten auf Rennstrecken;
 - Folgen während der Dauer des ausländischen Militärdienstes;
 - Folgen von Epidemien und Pandemien in der Schweiz;
 - Folgen bei vorsätzlicher Begehung von Verbrechen oder Vergehen sowie bei Versuch dazu durch den Versicherten;
 - Folgen von ionisierenden Strahlen jeder Art und Schäden aus Atomenergie;
 - Folgen wegen absichtlicher Einnahme oder Injektion von Medikamenten, Drogen oder chemischen Produkten, sofern dies nicht medizinisch notwendig ist;
 - Kosten einer unwirksamen, unzweckmässigen oder unwirtschaftlichen Behandlung. Als solche gilt jede Behandlung, welche nach dem Bundesgesetz über die obligatorische Krankenpflegeversicherung von jeglicher Leistungspflicht vollständig ausgeschlossen ist;
 - Unfälle infolge aussergewöhnlicher Gefahren oder infolge von Wagnissen. Massgebend hierfür sind die Bestimmungen und Richtlinien gemäss dem obligatorischen Unfallversicherungsgesetz UVG;
 - Zahn- und Kieferbehandlungen aus der Ospita, sofern keine Leistungen aus der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden;
 - Bei Unfällen/Krankheiten infolge Eingehung besonderer Wagnisse (Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt. Im Übrigen gilt die Rechtsprechung zum Wagnisbegriff).

4.8 | Prämie

4.8.1 | Fälligkeit der Prämie

Die Prämien sind für jedes Versicherungsjahr zum Voraus an dem in der Police festgelegten Datum am Sitz des Versicherers zahlbar.

4.8.2 | Ratenzahlung

Ist Ratenzahlung vereinbart, so gelten die im Verlaufe des Versicherungsjahres fällig werdenden Raten, unter Vorbehalt des nachstehenden Absatzes, bloss als gestundet. Bei nicht fristgerechter Zahlung einer Rate wird die Prämie für das ganze Versicherungsjahr fällig.

4.8.3 | Prämienrückerstattung pro rata

Wird der Vertrag aus irgendeinem Grunde vor Ablauf des Versicherungsjahres aufgehoben, so erstattet der Versicherer die bezahlten Prämien, welche auf das

nicht abgelaufene Versicherungsjahr entfällt, zurück und fordert Raten, die später fällig werden, nicht mehr ein.

Dem Versicherer bleibt der Anspruch auf die Prämie für das laufende Versicherungsjahr gewahrt, wenn der Versicherungsnehmer nach einem Schadenfall den Vertrag während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt.

4.8.4 | Prämienmahnverfahren/ Ruhens der Leistungspflicht

Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht innert 30 Tagen (Nachfrist) nicht nach, so wird er unter Hinweis der Säumnisfolgen auf seine Kosten schriftlich oder in anderer Textform aufgefordert, binnen 14 Tagen, von der Absendung der Mahnung an gerechnet, für das ganze Versicherungsjahr Zahlung zu leisten, ungeachtet allfällig vereinbarter Ratenzahlungen.

Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht des Versicherers vom Ablauf der Mahnfrist an. Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der vorerwähnten Frist rechtlich eingefordert, so kann der Versicherungsnehmer annehmen, dass der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrag zurücktritt. Wird die Prämie vom Versicherer nachträglich angenommen, so lebt seine Haftung mit dem Zeitpunkt, in dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird, wieder auf.

4.8.5 | Krankheits- und Unfallkosten bei unbezahlter Prämie

Für Krankheiten, Schwangerschaft und Unfälle, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, kann ein Anspruch selbst bei nachträglicher Zahlung und Annahme der Prämie nicht geltend gemacht werden.

4.8.6 | Änderung der Prämien, Franchise oder Selbstbehalte

Ändern während der Versicherungsdauer die Prämien, Franchise oder Selbstbehaltsregelung des Tarifs mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde, kann der Versicherer die Anpassung des Vertrages vom folgenden Versicherungsjahr an verlangen. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer diese Änderung mindestens zwei Monate vor Beginn des folgenden Versicherungsjahres schriftlich oder in anderer Textform mit. Gründe für Prämienanpassung können z. B. ungünstige Kostenentwicklung und Schadenverlauf, Anpassen ans Lebensalter der versicherten Person, das Ändern des

Kreises der Leistungserbringer, das Ändern der Therapieformen, neue kostenintensive medizinische Entwicklungen oder das Ändern des gesetzlichen Leistungskataloges der Grundversicherung nach KVG sein.

Wenn der Versicherte den Wohnsitz wechselt, kann der Versicherer für die verbleibende Vertragsdauer die Prämie neu festlegen.

4.8.7 | Prämientarif

Die Prämien unterscheiden sich nach Alter der versicherten Personen. Versicherte können während der Laufzeit des Vertrags in eine höhere Tarifklasse fallen. Der Versicherer unterscheidet im Rahmen des Prämientarifs zwischen folgenden Altersklassen:

0-18, 19-25, 26-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, 71+.

4.9 | Kündigung nach Vertragsanpassung

Ist der Versicherungsnehmer mit der Anpassung der Prämie, der Franchise oder der Selbstbehaltregelung mit Wirkung ab nächstem Versicherungsjahr nicht einverstanden, so kann er die einzelne Zusatzversicherung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat auf Ende des Versicherungsjahrs kündigen.

Ist der Versicherungsnehmer mit der Prämienanpassung nach einem Wohnsitzwechsel nicht einverstanden, so kann er den Vertrag mit sofortiger Wirkung bis spätestens nach Ablauf von zwei Monaten nach Mitteilung der Prämienhöhung kündigen.

Wird der Vertrag nach der Ankündigung einer Vertragsanpassung nicht gekündigt, gilt er als vom Versicherungsnehmer genehmigt.

4.10 | Anzeigepflicht bei Vertragsabschluss

Hat der Antragsteller bei der Beantwortung der im Rahmen des Vertragsabschlusses gestellten Frage eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste und über die er befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so kann der Versicherer den Vertrag innert vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, schriftlich oder in einer anderen Textform kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherer wirksam.

Mit dieser Kündigung erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, soweit deren Eintritt und Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrentatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung.

4.11 | Gefahrerhöhung und Gefahrverminderung

4.11.1 | Anzeigepflicht der Gefahrerhöhung

Ändert sich während der Versicherungsdauer eine im Antrag mitgeteilte Tatsache (z.B. eine Änderung der beruflichen Tätigkeit oder die Aufgabe der Erwerbstätigkeit) und wird dadurch eine wesentliche Gefahrerhöhung herbeigeführt, so ist dies dem Versicherer unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Es liegt keine Gefahrerhöhung bei Krankheiten vor, nach denen im Antrag gefragt wurde, die jedoch vom Versicherten bisher nicht erkannt worden sind und erst nach Beginn des Vertrags auftreten und ärztlicher Behandlung bedürfen. Ist die wesentliche Gefahrerhöhung mit Zutun der versicherten Person eingetreten, so ist der Versicherer für die Folgezeit an den Vertrag nicht gebunden, es sei denn, er genehmigt die Gefahrerhöhung nach erfolgter Mitteilung. Ist die wesentliche Gefahrerhöhung ohne Zutun der versicherten Person eingetreten, so ist der Versicherer für die Folgezeit an den Vertrag nicht gebunden, sofern der Versicherungsnehmer es unterlassen hat, die ihm bekannt gewordene Gefahrerhöhung dem Versicherer unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

4.11.2 | Prämie nach Gefahrerhöhung

Bei wesentlicher Gefahrerhöhung kann der Versicherer ab Gefahrerhöhung für den Rest der Vertragsdauer eine entsprechende Prämienhöhung vornehmen oder den Vertrag innert 14 Tagen nach Empfang der Anzeige auf zwei Wochen kündigen.

Der Versicherer hat Anspruch auf die tarifgemässe Prämienhöhung vom Zeitpunkt der Gefahrerhöhung an. Nimmt der Versicherer eine Prämienhöhung vor und ist der Versicherungsnehmer mit der Prämienhöhung nicht einverstanden, so ist er berechtigt, den Vertrag innert vier Wochen seit Zugang der Mitteilung des Versicherers mit einer Frist von vier Wochen schriftlich oder in anderer Textform zu kündigen. In diesem Fall gilt die Prämienhöhung (soweit angemessen) ab Eintritt der Gefahrerhöhung bis zur Vertragsbeendigung durch Kündigung.

4.11.3 | Prämie nach Gefahrverminderung

Bei wesentlicher Gefahrverminderung kann der Versicherungsnehmer nach Massgabe von Art. 28a VVG den Vertrag kündigen oder eine Prämienreduktion verlangen.

4.12 | Mitteilungen/Meldestellen

Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind alle Anzeigen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten bezüglich dieses Versicherungsvertrags

schriftlich oder in anderer Textform an den Versicherer in der Schweiz zu richten. Alle Mitteilungen seitens des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

Soweit nichts anderes vereinbart, sind alle Anzeigen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers bezüglich dieses Versicherungsvertrags schriftlich oder in anderer Textform an den Versicherer als inländische Meldestelle an folgende Adresse zu richten: sodalis gesundheitsgruppe, Balfrinstrasse 15, 3930 Visp (Telefon 027 948 14 00).

4.13 | Gerichtsstand

Für Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag sind wahlweise entweder die Gerichte am schweizerischen Wohnort des Versicherungsnehmers oder Versicherten oder am Hauptsitz des Versicherers zuständig.

5. Verschiedenes

5.1 | Leistungen im Ausland

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, werden die vereinbarten Leistungen im Ausland während höchstens 180 innerhalb von 540 aufeinanderfolgenden Tagen ausgerichtet, sofern sich der Versicherte nicht zur Behandlung eines bereits bestehenden Leidens ins Ausland begeben hat, sondern im Ausland erkrankt oder verunfallt ist und ihm die Heimreise aus medizinischen Gründen nicht zugemutet werden kann.

Für bevorstehende Behandlungen im Ausland für ein bereits bestehendes Leiden muss der Versicherer vorgängig informiert werden. Der Versicherer entscheidet einerseits über eine allfällige Kostengutsprache im Heilungskostenbereich und andererseits über die Leistungspflicht im Taggeldbereich.

5.2 | Leistungen bei Ersatzpolice

Wird eine Police durch eine Police mit höheren Leistungen ersetzt, so werden bisher bezogene Leistungen die bedingungsgemäss, betraglich oder zeitlich beschränkt sind, bei der Bemessung künftiger Leistungen anteilmässig angerechnet.

5.3 | Fälligkeit und Bezahlung der Versicherungsleistungen

Der Versicherungsanspruch wird nach vier Wochen fällig, nachdem der Versicherer alle Angaben und ärztliche Zeugnisse erhalten hat, aus denen er sich von der

Richtigkeit des Anspruchs überzeugen kann. Bestreitet der Versicherer seine Leistungspflicht, so kann der Versicherungsnehmer nach Ablauf der genannten Frist Abschlagzahlungen bis zur Höhe des unbestrittenen Betrags verlangen. Die Leistungen erfolgen in der Regel an den Versicherungsnehmer und sind an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Wohnsitz im Fürstentum Liechtenstein zahlbar. Die Zahlungen können vom Versicherer auch direkt an den Rechnungssteller geleistet werden, unter Abzug der Selbstbeteiligung oder Verrechnung derselben mit anderen Ansprüchen des Versicherungsnehmers aus diesem Vertrag.

5.4 | Abtretung und Verpfändung

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

5.5 | Mehrfachversicherung

Wird dasselbe Interesse gegen dieselbe Gefahr und für dieselbe Zeit bei mehr als einem Privatversicherer gestaltet versichert, dass die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert übersteigen (Mehrfachversicherung), so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich schriftlich oder in anderer Textform zur Kenntnis zu bringen. Hat der Versicherungsnehmer beim Abschluss dieses Vertrags keine Kenntnis vom Bestehen einer Mehrfachversicherung, so kann er ihn innert vier Wochen seit der Entdeckung der Mehrfachversicherung schriftlich oder in anderer Textform kündigen.

Ist eine Kündigung nicht möglich oder gewünscht, kann der Versicherungsnehmer gegen Bezahlung einer angemessenen Prämie die Zusatzversicherungen nach VG sistieren. Voraussetzung ist der Nachweis, dass für die zu sistierende Zusatzversicherung eine anderweitige vorgeschriebene Versicherungsdeckung besteht. Fällt der Sistierungsgrund weg, kann der Versicherungsnehmer sofort das vorbehaltlose Aufleben des ursprünglich Vereinbarten verlangen.

5.6 | Revision der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Werden im Laufe der Versicherung die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Zusatzbedingungen derselben Versicherungsart abgeändert, so kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Vertrag zu den neuen Bedingungen fortgesetzt werde. Er muss jedoch, wenn für die Versicherung zu den neuen Bedingungen eine höhere Gegenleistung erforderlich ist, das entsprechende Entgelt leisten.

Geschäftsstellen

sodalis
gesundheitsgruppe

brig
furkastrasse 18
3900 brig-glis
t 027 924 66 10
f 027 924 66 14
brig@sodalis.ch

goms
furkastrasse 65
3994 lax
t 027 971 13 22
f 027 971 41 22
goms@sodalis.ch

lötschenthal
dorfstrasse 70
3918 wiler
t 027 939 18 55
f 027 939 18 52
loetschen@sodalis.ch

saas-fee
obere dorfstrasse 39
3906 saas-fee
t 027 527 15 50
f 027 527 15 51
saastal@sodalis.ch

schattenberge
dorfstrasse 11
3944 unterbäch
t 027 934 53 03
f 027 934 53 05
schattenberge@sodalis.ch

simplon
blatt 1
3907 simplon dorf
t 027 527 00 04
simplon@sodalis.ch

stalden
bahnhofstrasse 6
3922 stalden
t 027 952 20 40
f 027 952 20 43
stalden@sodalis.ch

staldenried
eschji 12
3933 staldenried
t 027 952 29 26
f 027 952 29 28
staldenried@sodalis.ch

susten-leuk
sustenstrasse 17
3952 susten
t 027 527 15 80
susten-leuk@sodalis.ch

visp
balfrinstrasse 15
3930 visp
t 027 948 14 00
f 027 948 14 04
info@sodalis.ch

zermatt
am bach 9
3920 zermatt
t 027 966 65 80
f 027 966 65 89
zermatt@sodalis.ch