



# **Versicherungsbedingungen**

sodalis gesundheitsgruppe

Allgemeine Versicherungsbedingungen nach VVG – Ausgabe 0609 (revidierte Ausgabe 0122)

# Inhaltsübersicht

## 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 | Informationen der Krankenversicherung vor Vertragsabschluss (gültig ab 1.1.2007)

## 2. Begriffe

- 2.1 | Versicherer
- 2.2 | Versicherte
- 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
  - 4.3.1 | Ordentliche Kündigung durch die Parteien
  - 4.3.2 | Nachträgliche Wiederinkraftsetzung

- 4.3.3 | Kündigung für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit (Taggeld)
- 4.4 | Erlöschen des Versicherungsvertrages
  - 4.4.1 | Wirksamkeit der Kündigung
  - 4.4.2 | Schadenfall während der Kündigungszeit
  - 4.4.3 | Vertragsende
- 4.5 | Kündigung im Schadenfall/Kündigungsfrist
  - 4.5.1 | Der Versicherungsnehmer kündigt
  - 4.5.2 | Der Versicherer kündigt
- 4.6 | Kündigungsverzicht
- 4.7 | Leistungsdauer/Leistungsumfang
- 4.8 | Leistungseinschränkungen
- 4.9 | Prämie
  - 4.9.1 | Fälligkeit der Prämie
  - 4.9.2 | Ratenzahlung
  - 4.9.3 | Prämienrückerstattung pro rata
  - 4.9.4 | Prämienmahnverfahren/  
Ruhe der Leistungspflicht
  - 4.9.5 | Verwendungszweck der Teilprämien
  - 4.9.6 | Krankheits- und Unfallkosten bei unbezahlter Prämie
  - 4.9.7 | Änderung der Prämien, Franchise oder Selbstbehalte
- 4.10.1 | Vertragsanpassung
- 4.10.2 | Kündigung des Vertrags durch den Versicherungsnehmer nach Prämienanpassung
- 4.10.3 | Prämienanpassung nach Wohnsitzwechsel
- 4.11 | Anzeigepflicht bei Vertragsabschluss
- 4.12 | Gefahrerhöhung und Gefahrminderung
  - 4.12.1 | Anzeigepflicht der Gefahrveränderung
  - 4.12.2 | Prämie nach Gefahrerhöhung
  - 4.12.3 | Prämie nach Gefahrminderung
- 4.13 | Mitteilungen/Meldestellen
- 4.14 | 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 | Sistierung der Versicherungsdeckung
- 5.6 | Revision der allgemeinen Versicherungsbedingungen
- 5.7 | Der Inhalt der Police stimmt nicht mit den abgemachten Leistungen überein (VG Artikel 12 Abs. 1)

# 1. Umfang und Zweck der Versicherung

## 1.1 | Vertragsgrundlagen

Grundlagen dieses 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 schriftlichen Erklärungen 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 Leistungen 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 den versicherten Leistungen bei den einzelnen Versicherern.

Sind für die Folgen aufgrund eines Versicherungsereignisses haftpflichtige Dritte leistungspflichtig, gewährt der Versicherer seine Leistungen – soweit in den Zusatzbedingungen der einzelnen Zusatzversicherungen nicht etwas anderes vereinbart ist – nur, wenn der Versicherte seine Ansprüche gegenüber leistungspflichtigen Dritten bis zur Höhe der vom Versicherer erbrachten Leistungen an ihn abtritt und der Versicherte sich verpflichtet, 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 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 erlischt jedoch 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 und die tatsächliche Abwesenheit.

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte ist verpflichtet, den Versicherer über den Wohnsitzwechsel innerhalb von vier Wochen zu informieren. Bei schuldhafter Widerhandlung dieser Meldepflicht ist der Versicherer für die Folgezeit nicht mehr an den Vertrag gebunden.

Für die Festlegung der zukünftigen Prämien und deren Folgen gilt Art. 4.10.3 und für die Sistierung der Versicherungsdeckung gelten die Bestimmungen gemäss Art. 5.5.

### **1.9 | Informationen der Krankenversicherung vor Vertragsabschluss (gültig ab 1.1.2007)**

Die Krankenversicherung orientiert den Antragsteller vor Abschluss des Versicherungsvertrages verständlich über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages, insbesondere über:

- die versicherten Risiken
- den Umfang des Versicherungsschutzes
- die geschuldeten Prämien und weitere Pflichten des Versicherungsnehmers
- Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrages
- die Bearbeitung der Personendaten einschliesslich Zweck und Art der Datensammlung
- Empfänger und Aufbewahrung der Daten.

Diese Angaben werden dem Antragsteller zusammen mit dem Antragsformular in schriftlicher Form übergeben.

Bei Kollektivverträgen, welche andere Personen als dem Versicherungsnehmer einen direkten Leistungsanspruch verleihen, achtet die Krankenversicherung darauf, dass der Versicherungsnehmer diese Personen über den wesentlichen Inhalt des Vertrages sowie dessen Änderungen und Auflösung unterrichtet. Hierfür erstellt die Krankenversicherung ein Informationsblatt.

Verletzt die Krankenversicherung Ihre Informationspflicht gemäss dieser Bestimmung, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, den Versicherungsvertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang bei der Krankenversicherung wirksam. Dieses Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung und den obgenannten Informationen Kenntnis erhalten hat, jedenfalls spätestens zwei Jahre nach Vertragsabschluss.

## **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**

Unter der Bezeichnung «Versicherte» werden sowohl die versicherten Personen als auch die Anspruchsberechtigten dieses Versicherungsvertrages verstanden.

### **2.3 | Primärversicherer**

Unter der Bezeichnung «Primärversicherer» werden alle obligatorischen und freiwilligen, ausländischen und inländischen 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 Nieder-

kunft 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 gewesen 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, verursacht und während der Versicherungsdauer eingetreten sind.

Sie gelten als eingetreten, sobald der Versicherte erstmals ärztlicher 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 ihrerwegen 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 als weitere anerkannte Leistungserbringer folgende Begriffe:

### **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 und der Aufsicht eines diplomierten Arztes untersteht. 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, 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 Eidgenössischen 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 «versicherte Person», «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 der Leistungserbringer 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 gegen-

über 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.

Bei Verzug treten die Bestimmungen gemäss Art. 4.9.5 unverzüglich ein, ohne dass eine zusätzliche Zahlungsfrist gewährt werden muss.

#### **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 anderen 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 Leistungen 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.

Zu beachten ist die in Art. 2.5 vorgesehene Frist.

### 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

#### 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.

### 4.3.3 | Kündigung für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit (Taggeld)

Wenn es sich um einen Vertrag für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit handelt (Taggeld), wird der Vertrag längstens bis zum Ende des Versicherungsjahres abgeschlossen, 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. Unterlässt er diese Meldung schuldhaft, ist der Versicherer nicht mehr an den Vertrag gebunden. 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 nicht mehr an den Vertrag gebunden. Liegen wichtige Gründe vor, kann die Taggeldversicherung nach VVG weitergeführt werden. Die Bedingungen hierfür legt der Versicherer fest.

### 4.4 | Erlöschen des Versicherungsvertrages

#### 4.4.1 | Wirksamkeit der Kündigung

Der Versicherungsschutz und mit ihm auch der Versicherungsvertrag erlischt mit dem Datum der Wirksamkeit der Kündigung. Auf dieses Datum hin erlischt auch der Anspruch auf Versicherungsleistungen, ungeachtet ob zuvor ein Schadenfall eingetreten ist.

Bei Beendigung des Vertrags nach Eintritt des Schadenfalls bestehende periodische Leistungsverpflichtungen als Folge von Krankheit oder Unfall dauern fort und bleiben bezüglich Dauer oder Umfang von der Vertragsbeendigung unberührt.

#### 4.4.2 | Schadenfall während der Kündigungszeit

Tritt ein Schadenfall während der Kündigungszeit ein, werden, wenn in den Zusatzbedingungen nicht etwas anderes vereinbart ist – vorbehalten bleibt Art. 4.6 –, laufende Leistungen aus dem Vertrag wie folgt vergütet:

- Bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer werden die Leistungen längstens bis

zum Ende der vereinbarten Kündigungsfrist bzw. Vertragsende vergütet.

Für später eintretende Schadenfälle haftet der Versicherer nicht. Solange der Versicherer die Leistungen erbringen muss, sind auch die Prämien geschuldet. Bei Beendigung des Vertrags nach Eintritt des Schadenfalls bestehende periodische Leistungsverpflichtungen als Folge von Krankheit oder Unfall dauern fort und bleiben bezüglich Dauer oder Umfang von der Vertragsbeendigung unberührt.

#### **4.4.3 | Vertragsende**

Ist der Vertrag für weniger als ein Jahr abgeschlossen, erlischt er am Vertragsende. Die Leistungsdauer sowie die Leistungssumme für Versicherungsfälle, die während der Vertragsdauer eingetreten sind, werden in diesem Fall im Vertrag festgehalten. Der Versicherungsvertrag erlischt ebenfalls mit dem Tod der versicherten Person.

#### **4.5 | Kündigung im Schadenfall/Kündigungsfrist**

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.

##### **4.5.1 | Der Versicherer kündigt**

Kündigt der Versicherer, erlischt der Versicherungsschutz 14 Tage nach dem Eintreffen der Kündigung beim Versicherungsnehmer. Für die laufenden und für die bis zur Wirksamkeit der Kündigung eingetretenen neuen Schadenfälle gilt Art. 4.4.2.

##### **4.6 | Kündigungsverzicht**

Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, den Vertrag auf den Zeitpunkt des Vertragsablaufs sowie im Schadenfall für die Pflegeleistungen bei Krankheit, Mutterschaft und Unfall zu kündigen, ausgenommen im Falle eines versuchten oder vollendeten Versicherungsbetrugs oder wenn eine Anzeigepflichtverletzung beim Vertragsabschluss begangen wurde.

#### **4.7 | Leistungsdauer/Leistungsumfang**

In den Zusatzbedingungen werden die Leistungsdauer sowie der Leistungsumfang festgehalten.

#### **4.8 | 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 ereignete 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 sei vom Ausbruch von kriegerischen Ereignissen dort überrascht worden;
- Folgen von Unruhen aller Art, es sei denn, der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter 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 der 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 obligato-



- rischen Unfallversicherungsgesetz UVG;
- Zahn- und Kieferbehandlungen aus der Ospita, sofern keine Leistungen aus der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden;
  - Bei Unfällen/Krankheiten infolge Eingeheung besonderer Wagnisse (Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt. Im Übrigen gilt die Rechtsprechung zum Wagnisbegriff).

## **4.9 | Prämie**

### **4.9.1 | Fälligkeit der Prämie**

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

### **4.9.2 | Ratenzahlung**

Ist Ratenzahlung vereinbart, so gelten die im Verlaufe des Versicherungsjahres fällig werdenden Raten, unter Vorbehalt des nachstehenden Absatzes, bloss als gestundet.

### **4.9.3 | Prämienrückerstattung pro rata**

Wird der Vertrag aus irgendeinem Grunde vor Ablauf des Versicherungsjahres aufgehoben, so erstattet der Versicherer die bezahlten Prämien, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfällt, zurück und fordert Raten, die später fällig werden, nicht mehr ein.

Die Regelung des vorbestehenden Absatzes gilt nicht:

- wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag im Schadenfall kündigt;
- wenn der Vertrag im Zeitpunkt des Erlöschens weniger als ein Jahr in Kraft war und auf Veranlassung des Versicherungsnehmers aufgehoben wird;
- wenn der Versicherungsnehmer Obliegenheiten gegenüber dem Versicherer zum Zweck der Täuschung verletzt hat.

### **4.9.4 | Prämienmahnverfahren/ Ruhe 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 die ganze Versicherungsperiode Zahlung zu leisten, ungeachtet allfällig vereinbarter Ratenzahlungen.

Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leis-

tungspflicht 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.

### **4.9.5 | Verwendungszweck der Teilprämien**

Bei teilweiser Begleichung der Prämien werden vorrangig sämtliche fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen der Grundversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG beglichen.

### **4.9.6 | 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 der Prämie nicht geltend gemacht werden.

### **4.9.7 | Änderung der Prämien, Franchise oder Selbstbehalte**

Ändern während der Versicherungsdauer die Prämien, Franchise oder Selbstbehaltsregelung des Tarifes, kann der Versicherer die Anpassung des Vertrages vom folgenden Versicherungsjahr an verlangen. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer diese Änderung mindestens zwei Monate vor der Fälligkeit schriftlich oder in anderer Textform mit.

### **4.10.1 | Vertragsanpassung**

Gründe für eine 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.

### **4.10.2 | Kündigung des Vertrags durch den Versicherungsnehmer nach Prämienanpassung**

Ist der Versicherungsnehmer mit der Anpassung der Prämie, der Franchise oder der Selbstbehaltsregelung nicht einverstanden, kann er die einzelne Zusatzversicherung auf das Datum der Änderung kündigen.

Die Kündigungsfrist beträgt hierfür einen Monat und ist gültig, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn dieser einmonatigen Frist dem Versicherer zugegangen ist. Wird der Vertrag nicht gekündigt, gilt dies als Zustimmung.

#### **4.10.3 | Prämienanpassung nach Wohnsitzwechsel**

Wechselt der Versicherte den Wohnsitz gemäss Art. 1.8, kann der Versicherer für die verbleibende Vertragsdauer die Prämie neu festlegen. Ist der Versicherungsnehmer mit dieser Prämienanpassung nicht einverstanden, kann er den Vertrag sofort oder bis spätestens nach Ablauf von zwei Monaten kündigen. Wird der Vertrag nicht gekündigt, gilt dies als Zustimmung.

#### **4.11 | Anzeigepflicht bei Vertragsabschluss**

Hat der Antragsteller bei Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, kann der Versicherer innert vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag schriftlich oder in anderer Textform kündigen.

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

#### **4.12 | Gefahrerhöhung und Gefahrminderung**

##### **4.12.1 | Anzeigepflicht der Gefahrveränderung**

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 oder Gefahrminderung herbeigeführt, ist dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Wird diese Mitteilung bezüglich der Gefahrerhöhung schuldhafterweise unterlassen, ist der Versicherer für die Folgezeit nicht mehr an den Vertrag gebunden. Die Gefahrerhöhung gilt nicht für Krankheiten, 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.

##### **4.12.2 | Prämie nach Gefahrerhöhung**

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

Das gleiche Kündigungsrecht steht dem Versicherungsnehmer zu, wenn über die Prämienerrhöhung keine Einigung erzielt wird.

In beiden Fällen hat der Versicherer Anspruch auf die tarifgemässe Prämienerrhöhung vom Zeitpunkt der Ge-

fahrerhöhung an bis zum Erlöschen des Vertrages.

##### **4.12.3 | Prämie nach Gefahrminderung**

Bei Gefahrminderung reduziert der Versicherer von der schriftlichen Mitteilung in schriftlicher oder anderer Textform des Versicherungsnehmers an die Prämie entsprechend.

#### **4.13 | Mitteilungen/Meldestellen**

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, sind alle Anzeigen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten bezüglich dieses Versicherungsvertrags schriftlich oder in anderer Textform an den Versicherer zu richten.

Alle Mitteilungen seitens des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, 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).

#### **4.14 | Gerichtsstand**

Für Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag sind wahlweise entweder die Gerichte am schweizerischen Wohnort des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person 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 die versicherte Person nicht zur Behandlung eines bereits bestehenden Leidens ins Ausland begeben hat, sondern im Ausland erkrankt oder verunfallt ist und ihr 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 Leis-

tungspflicht im Taggeldbereich.

### **5.2 | Leistungen bei Ersatzpolice**

Wird eine Police durch höhere Leistungen ersetzt, so werden bisher bezogene Leistungen die bedingungs-gemäss, betraglich oder zeitlich beschränkt sind, bei der Bemessung künftiger Leistungen anteilmässig an-gerechnet.

### **5.3 | Fälligkeit und Bezahlung der Versicherungsleistungen**

Die versicherten Entschädigungen werden nach vier Wochen fällig, nachdem der Versicherer alle Angaben und ärztliche Zeugnisse erhalten hat, mit denen er sich von der Richtigkeit und vom Umfang des Anspruchs überzeugen kann. Die Leistungen erfolgen in der Regel an den Versicherungsnehmer und sind an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Wohnsitz im Für-stentum Liechtenstein zahlbar.

Die Vergütungen 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.

Für die Rückforderung solcher Leistungen gelten die Bestimmungen in Art. 3.2 und 4.9.5 ff sinngemäss.

### **5.4 | Abtretung und Verpfändung**

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

### **5.5 | Sistierung der Versicherungsdeckung**

Gegen eine angemessene Prämie kann der Versiche-rungsnehmer den Leistungsanspruch aus den Zusatz-versicherungen nach VVG sistieren. Voraussetzung ist der Nachweis, dass für die zu sistierende Zusatzver-sicherung eine anderweitige vorgeschriebene Versiche-rungsdeckung besteht.

Diese Sistierung kann auch gemäss Art. 1.8 vereinbart werden.

Fällt der Sistierungsgrund weg, kann der Versiche-rungsnehmer sofort das vorbehaltlose Aufleben des ursprünglichen vereinbarten Versicherungsschutzes verlangen.

### **5.6 | Revision der allgemeinen Versicherungsbedingungen**

Werden im Laufe der Versicherung die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Zusatzbe-dingungen 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 erfor-derlich ist, das entsprechende Entgelt gewähren.

### **5.7 | Der Inhalt der Police stimmt nicht mit den abgemachten Leistungen überein**

Stimmt der Inhalt der Police oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat der Versicherungsnehmer binnen vier Wochen nach Empfang der Urkunde deren Berichtig-ung zu verlangen, widrigenfalls ihr Inhalt als von ihm genehmigt gilt (VVG, Artikel 12, Absatz 1).

# 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

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

**naters**  
furkastrasse 18  
3904 naters  
t 027 527 15 20  
f 027 948 14 04  
naters@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