

Krankenzusatzversicherungen

Livo nach VVG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Ausgabe 01.2025

Inhaltsverzeichnis

I	Allgemeines	2	V	Pflichten der versicherten Person	4
1	Einleitung	2	22	Pflichten während der Versicherungsdauer und im Versicherungsfall	4
2	Vertragsgrundlagen	2	23	Verletzung der Pflichten	5
3	Gegenstand der Versicherung	2	24	Anzeigepflichtverletzung	5
4	Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich	2			
II	Begriffsbestimmungen	2	VI	Umfang des Versicherungsschutzes	5
5	Auslegung der Begriffe	2	25	Anspruch und Umfang der Leistungen	5
6	CSS als Versicherer	2	26	Nicht versicherte Leistungen	5
7	Versicherte Person	2	27	Leistungskürzungen	6
8	Krankheit und Mutterschaft	2	28	Anrechnung von Leistungen bei Ersatzpolice	6
9	Unfall	2	29	Subsidiarität	6
10	Leistungserbringer	2	30	Regressrecht	6
11	Versicherungsfall	2	31	Mehrfachversicherung	6
12	Wohnsitz	2			
13	Mehrleistungen und Zusatzleistungen	2	VII	Verschiedenes	6
14	CSS-Listen (Listen)	3	32	Zahlungspflicht	6
III	Beginn, Dauer und Beendigung von Versicherungsvertrag und Versicherungsdeckung	3	33	Auszahlungen der CSS	7
15	Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrags	3	34	Honorarvereinbarungen und Tarife	7
16	Sistierung und Ende der Versicherungsdeckung	3	35	Verrechnung, Abtretung, Verpfändung und Rückerstattung	7
IV	Prämien und Kostenbeteiligungen	3	36	Versichertenkarte	7
17	Prämie, Prämientarife und Kostenbeteiligungen	3	37	Mitteilungen und Adressänderung	7
18	Anpassung des Prämientarifs, der Kostenbeteiligung und der Altersgruppe	3	38	Datenschutz und Wirtschafts-, Handels- und Finanzsanktionen	7
19	Rabatte	4	39	Anpassung der Versicherungsbedingungen	7
20	Prämienzahlungen	4	40	Spezifizierung durch CSS-Listen	7
21	Mahnung und Zahlungsverzug	4	41	Option Upgrade	8
			42	Erfüllungsort und Gerichtsstand	8
			Anhang: Familienrabatt		9

I Allgemeines

1 Einleitung

- 1.1 Die im nachfolgenden Text gewählte männliche Form beinhaltet der Lesbarkeit halber auch die weibliche Form.
- 1.2 Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gelten für Verträge der Krankenzusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

2 Vertragsgrundlagen

- 2.1 Grundlage oder Bestandteil des Versicherungsvertrags bilden alle Erklärungen in schriftlicher oder anderer Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, welche die versicherte Person (resp. die zu versichernde Person) oder deren Vertreter sowie der Versicherer beispielsweise im Versicherungsantrag oder in ärztlichen Berichten abgeben.
- 2.2 Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien sind in der Versicherungspolice, in den vorliegenden AVB, in den Zusatzbedingungen (ZB) sowie in allfälligen übrigen Vereinbarungen geregelt.
- 2.3 Die ZB regeln das Versicherungsverhältnis näher und ergänzend zu den vorliegenden AVB. Abweichende Bestimmungen in den ZB gehen den vorliegenden AVB vor.
- 2.4 Allfällige besondere Vereinbarungen zwischen den Vertragsparteien verpflichten den Versicherer nur, wenn sie von ihm schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, bestätigt wurden. Solche Vereinbarungen gehen den vorliegenden AVB und den betreffenden ZB vor, falls sie davon abweichende Regelungen enthalten.
- 2.5 Soweit in den vorliegenden AVB, in den ZB oder in allfälligen besonderen Vereinbarungen nichts Abweichendes geregelt ist, richtet sich der Versicherungsvertrag nach den Vorschriften des VVG.

3 Gegenstand der Versicherung

- 3.1 Versicherbar sind die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall in Ergänzung zu den Sozialversicherungen, insbesondere zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) und/oder zur Unfallversicherung nach Unfallversicherungsgesetz (UVG) sowie zur Invalidenversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG).
- 3.2 Bei den versicherten Leistungen handelt es sich ausschliesslich um Mehrleistungen oder Zusatzleistungen (vgl. Ziffer 13) in Ergänzung oder Erweiterung zu den Sozialversicherungen.

4 Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich

- 4.1 Der Versicherungsvertrag gilt grundsätzlich nur für versicherte Personen, die ihren Wohnsitz in der Schweiz haben.
- 4.2 Soweit in den ZB oder in den vorliegenden AVB nichts Abweichendes geregelt ist, gilt die Versicherung für Behandlungen, die in der Schweiz stattfinden.
- 4.3 Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, deckt der Vertrag nur Versicherungsfälle, bei denen der Leistungsfall während der Vertragslaufzeit eintritt.

II Begriffsbestimmungen

5 Auslegung der Begriffe

Die Auslegung der in den vorliegenden AVB und ZB beschriebenen und verwendeten Begriffe der Krankheit, der Mutterschaft und des Unfalls (vgl. Ziffern 8 und 9) sowie des Wohnsitzes (vgl. Ziffer 12) beurteilt sich analog zu den geltenden Bestimmungen und Kriterien des Sozialversicherungsrechts bzw. des Obligationenrechts.

6 CSS als Versicherer

Versicherer im Sinne der vorliegenden Bestimmungen ist die CSS Versicherung AG, Tribtschenstrasse 21, 6002 Luzern (CSS).

7 Versicherte Person

Versicherte Personen sind Personen, die im Rahmen des Versicherungsvertrags Versicherungsschutz erhalten.

8 Krankheit und Mutterschaft

- 8.1 Krankheit ist 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. Massgebend sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).
- 8.2 Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter. Massgebend sind die Bestimmungen des ATSG.

9 Unfall

- 9.1 Unfall ist 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. Massgebend sind die Bestimmungen des ATSG.
- 9.2 Unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten sind den Unfällen gleichgestellt. Massgebend sind die Bestimmungen des UVG.

10 Leistungserbringer

- 10.1 Als Leistungserbringer gelten diejenigen selbständig tätigen Personen, Anstalten und Institutionen, die gemäss KVG zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen sind oder von der CSS zur Leistungserbringung zu Lasten dieser Versicherung nach eigenem Ermessen anerkannt sind.
- 10.2 Ärzte und andere im medizinischen Bereich tätige natürliche Personen, die ihre Leistungen unter Benutzung der Infrastruktur eines anderen Leistungserbringers erbringen (z.B. Belegärzte), werden grundsätzlich diesem anderen Leistungserbringer zugeordnet. Ihre Leistungen werden als Leistungen dieses anderen Leistungserbringers behandelt, es sei denn, die CSS stimmt einer Behandlung als separate Leistung eines eigenständigen Leistungserbringers im Einzelfall ausdrücklich zu. Einzelne Leistungserbringer, die ihre Leistungen unter Benutzung der Infrastruktur eines anderen Leistungserbringers erbringen, können jedoch auch ausgeschlossen werden, sofern die CSS die Tarife nicht anerkennt.

11 Versicherungsfall

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn sich der Tatbestand erfüllt, der eine von der CSS anerkannte Leistungspflicht bzw. einen von der CSS anerkannten Leistungsanspruch der versicherten Person entstehen lässt.

12 Wohnsitz

Der Wohnsitz ist dort, wo sich die versicherte Person mit der Absicht des dauernden Verbleibens aufhält. Massgebend sind die Bestimmungen des Zivilgesetzbuches (ZGB).

13 Mehrleistungen und Zusatzleistungen

- 13.1 Mehrleistungen sind Leistungen, die über das Leistungsniveau der OKP hinausgehen.
- 13.2 Zusatzleistungen sind Leistungen, die nicht mit einer Leistung der OKP in Verbindung stehen.

- 13.3 Ärztliche Mehr- und Zusatzleistungen sind beispielsweise freie Arztwahl, überqualifizierte Betreuung, höhere Verfügbarkeit des Arztes oder durchgehende Betreuung durch den Arzt der Wahl.
- 13.4 Klinische Leistungen sind insbesondere organisatorische und prozessuale Leistungen mit kundenindividueller Aufenthaltsplanung wie z.B. erweiterte Möglichkeiten bei der Terminwahl und flexible Behandlungsplanung sowie freie Spitalwahl, erweitertes Medikamenten- und Therapieangebot, Pflegezusatzleistungen.
- 13.5 Mehr- und Zusatzleistungen sind insbesondere Leistungen im Bereich der Hotellerie bei einem stationären Aufenthalt wie z.B. die Zimmerausstattung sowie Komfortleistungen rund um Behandlungen wie z.B. Fahrdienst nach Hause oder ein Mahlzeitenservice.

14 CSS-Listen (Listen)

- 14.1 CSS-Listen sind Listen der CSS zwecks Spezifizierung der AVB und ZB. CSS-Listen umfassen Leistungserbringerlisten und Leistungslisten.
- 14.2 Leistungserbringerlisten sind Listen von Leistungserbringern, deren Leistungen versichert sind, die (teilweise) von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind oder bei denen Maximaltarife zur Anwendung kommen.
- 14.3 Leistungslisten sind Listen von Versicherungsleistungen (versicherten Mehr- und Zusatzleistungen, insbesondere von Leistungsansprüchen sowie anerkannten Anbietern und Produkten) oder von Ausnahmen der Versicherungsdeckung.

III Beginn, Dauer und Beendigung von Versicherungsvertrag und Versicherungsdeckung

15 Beginn, Dauer und Beendigung des Versicherungsvertrags

- 15.1 Der Versicherungsvertrag beginnt an dem in der Versicherungspolice bezeichneten Datum. Die in den vorliegenden AVB und in den ZB vorgesehenen Wartefristen und Karenzzeiten bleiben vorbehalten.
- 15.2 Die Dauer des Vertrags bestimmt sich nach der Versicherungspolice. Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils stillschweigend um ein Jahr, wenn die versicherte Person nicht vorher unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, auf Ende des Kalenderjahres ordentlich kündigt. Wurde eine Vertragsdauer von mehr als drei Jahren vereinbart, so kann die versicherte Person auf das Ende des dritten und jedes darauffolgenden Jahres ordentlich kündigen.
- 15.3 Im Versicherungsfall kann die versicherte Person spätestens innert 14 Tagen, nachdem sie die letzte Auszahlung der CSS erhalten hat, den Vertrag kündigen. Hat die versicherte Person die Kündigung erklärt, so erlischt die Versicherungsdeckung innert 14 Tagen nach Mitteilung der Kündigung. Der CSS bleibt der Anspruch auf die Prämie für das laufende Kalenderjahr gewahrt, falls die versicherte Person den Vertrag während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt.
- 15.4 Die CSS hat weder ein ordentliches Kündigungsrecht (Art. 35a VVG) noch ein Kündigungsrecht im Versicherungsfall (Art. 42 VVG). Hingegen stehen der CSS die gesetzlichen Kündigungsrechte (insbesondere bei Anzeigepflichtverletzung nach Ziffer 24 AVB und Betrug) sowie das Rücktrittsrecht nach Ziffer 21 AVB bei Zahlungsverzug (Art. 21 VVG) zu. Zudem haben die versicherte Person und die CSS ein Kündigungsrecht aus wichtigem Grund (Art. 35b VVG).

- 15.5 Der Versicherungsvertrag endet ohne Weiteres in folgenden Fällen:
 - a) im Zeitpunkt der Verlegung des Wohnsitzes der versicherten Person ins Ausland;
 - b) bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten der versicherten Person von mehr als einem Jahr auf Ende des Kalenderjahres, in welchem der Auslandsaufenthalt angetreten wird, falls die Versicherungen nicht sistiert wurden.

Die versicherte Person ist verpflichtet, die CSS über den Wohnsitzwechsel ins Ausland oder den vorübergehenden Auslandsaufenthalt von mehr als einem Jahr innerhalb von vier Wochen nach dem erfolgten Wohnsitzwechsel zu informieren.

16 Sistierung und Ende der Versicherungsdeckung

- 16.1 Die versicherte Person kann vor dem Antritt eines mindestens halbjährigen Auslandsaufenthalts auf Gesuch hin und gegen eine entsprechende Prämienreduktion die Versicherungen sistieren lassen. Ein solches Gesuch muss in einer Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, erfolgen. Sistierungsgesuche können durch die CSS ohne jegliche Begründung abgelehnt werden. Weitere Voraussetzungen und Modalitäten werden einseitig von der CSS festgelegt.
- 16.2 Die Versicherungsdeckung erlischt mit Vertragsablauf, Kündigung oder Tod der versicherten Person. Vorbehalten bleiben zwingende Bestimmungen des VVG.
- 16.3 Versicherungsfälle, die sich erst nach Vertragsende ereignen, sind nicht gedeckt. Bestehende periodische Leistungsverpflichtungen als Folge von Krankheit oder Unfall bleiben betreffend Dauer und Umfang auch nach Vertragsende gültig (Art. 35c VVG). Endet die Versicherungsdeckung durch Vertragskündigung seitens der versicherten Person oder durch Tod der versicherten Person, werden Leistungen im Sinne von Art. 35c VVG weiter entrichtet, wobei aber die tarifgemässe Prämie in der restlichen Schadenlaufzeit (nach vorzeitiger Auflösung der Versicherung durch den Versicherungsnehmer) von der Versicherungsleistung abgezogen wird.

IV Prämien und Kostenbeteiligungen

17 Prämie, Prämientarife und Kostenbeteiligungen

- 17.1 Die Prämie ist auf der jeweils für das aktuelle Kalenderjahr gültigen Versicherungspolice aufgeführt.
- 17.2 Der Prämientarif kann eine Abstufung der Prämien nach prämiensrelevanten Tatsachen vorsehen, beispielsweise nach Alter, Geschlecht, vor Vertragsabschluss deklariertem Gesundheitszustand oder nach Wohnsitz der versicherten Person. Werden die versicherten Personen in Altersgruppen eingeteilt, so umfassen diese verschiedene Altersjahre und die Prämien werden jeweils dem Alter der versicherten Person entsprechend angepasst. Ändert sich eine prämiensrelevante Tatsache, so ist dies der CSS umgehend schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, mitzuteilen. Das Ändern einer prämiensrelevanten Tatsache kann eine Anpassung der Prämie bewirken.
- 17.3 Kostenbeteiligungen (Franchise, Selbstbehalt) werden in den ZB geregelt.

18 Anpassung des Prämientarifs, der Kostenbeteiligung und der Altersgruppe

- 18.1 Die CSS kann den Prämientarif (inkl. Rabatte) und die Kostenbeteiligungsregelungen aufgrund der Kostenentwicklung sowie des Schadenverlaufs auf Beginn eines Kalenderjahres anpassen.

18.2 Die CSS kennt die folgenden Altersklassen:

Prämienaltersklassen			
0–5	28–30	51–55	76–80
6–10	31–35	56–60	81–85
11–15	36–40	61–65	86+
16–20	41–45	66–70	
21–27	46–50	71–75	

18.3 Die CSS gibt Anpassungen der Prämientarife und Kostenbeteiligungsregelungen sowie eine Prämienanpassung infolge eines Wechsels in eine andere Altersgruppe der versicherten Person spätestens 30 Tage vor Ende des Kalenderjahres bekannt.

18.4 Ist die versicherte Person mit den Anpassungen nicht einverstanden, kann der Vertrag mit Wirkung auf das Ende des laufenden Kalenderjahres schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, gekündigt werden. Sie ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag des laufenden Kalenderjahres bei der CSS eingegangen ist. Unterlässt die versicherte Person die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zu den Anpassungen.

18.5 Bewirkt eine Adressänderung eine Prämienanpassung, passt die CSS die Prämien auf den Zeitpunkt der Adressänderung an. Eine solche Anpassung berechtigt nicht zu einer Kündigung.

19 Rabatte

19.1 Die CSS kann Rabatte gewähren und die Rabatthöhe auf Beginn eines Kalenderjahres anpassen. Der Verlust der Rabatte aufgrund der Nichterfüllung der Anspruchsvoraussetzungen berechtigt nicht zur Kündigung der abgeschlossenen Versicherung. Die Kürzung der Rabatte zufolge Tarifanpassung durch die CSS (Ziffer 18.1) und/oder die Änderung der Anspruchsvoraussetzungen für einen Rabatt durch die CSS lösen ein Kündigungsrecht nach Ziffer 19.6 AVB aus.

19.2 Die CSS gewährt Kindern und Jugendlichen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 20. Altersjahr vollendet, einen Familienrabatt. Details zum Familienrabatt sowie dessen Höhe regelt die CSS in einem Anhang zu den AVB. Massgebend ist der Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsvertrags. Die CSS kann die Details und die Rabatthöhe einseitig abändern. Die Rabatthöhe ist abhängig von der Versicherungsdeckung der Rabattperson (erziehungsberechtigte Person) und des Kindes respektive des Jugendlichen. Sie ist in der Police ersichtlich. Die versicherte Person ist anspruchsberechtigt unter folgenden kumulativen Voraussetzungen:

- Das Kind verfügt über eine Grundversicherung bei einer der CSS Holding angeschlossenen Gesellschaften.
- Die Rabattperson verfügt über eine Grundversicherung bei einer der CSS Holding angeschlossenen Gesellschaften.
- Die Rabattperson verfügt über eine gleichwertige Krankenzusatzversicherung (Anhang zu diesen AVB) bei der CSS Versicherung AG.

19.3 Die CSS gewährt versicherten Personen, wenn ein Mehrjahresvertrag abgeschlossen wird, einen Vertragsdauerbonus. Der Vertragsdauerbonus verfällt automatisch nach Ablauf der festen Laufzeit und ist in der Police ersichtlich. Massgebend ist der Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsvertrags.

19.4 Die CSS kann mit Unternehmen und Vereinen Rabattverträge (sog. Rahmenverträge) abschliessen und den betreffenden versicherten Personen Rabatte gewähren. Die

entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen ergeben sich aus den jeweiligen Rabattverträgen. Die versicherte Person kann Angaben über die sie betreffenden Bestimmungen des Rabattvertrages (Dauer und Höhe des Rabatts, Änderungsmöglichkeiten etc.) verlangen.

19.5 Die CSS gibt der versicherten Person Anpassungen der Rabatte sowie der Anspruchsvoraussetzungen für einen Rabatt 30 Tage vor Ende des Kalenderjahres bekannt.

19.6 Ist die versicherte Person mit diesen Anpassungen gemäss Ziffer 19 nicht einverstanden, kann der Vertrag mit Wirkung auf das Ende des laufenden Kalenderjahres schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, gekündigt werden. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag des laufenden Kalenderjahres bei der CSS eingegangen ist. Unterlässt die versicherte Person die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zu den Anpassungen.

20 Prämienzahlungen

20.1 Die Prämien sind monatlich im Voraus zahlbar, können aber auf besondere Vereinbarung hin auch zweimonatlich, viertel-, halb- oder jährlich im Voraus bezahlt werden.

20.2 Führt die versicherte Person mehrere Versicherungen, auf welche diese AVB zur Anwendung kommen, muss sie für alle Versicherungen einen einheitlichen Zahlungsmodus im Sinne von Ziffer 20.1 wählen.

20.3 Die Prämien werden für den vollen Monat geschuldet, auch wenn der Vertrag im Verlauf eines Monats beginnt oder erlischt.

21 Mahnung und Zahlungsverzug

21.1 Wird die Prämie nicht innert der auf der Rechnung aufgeführten Frist bezahlt, wird die versicherte Person unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, aufgefordert, innert einer Nachfrist von 14 Tagen nach Absendung der Mahnung die ausstehenden Prämien zu bezahlen. Bleibt diese Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.

21.2 Nach Ablauf der Mahnfrist hat die versicherte Person einen Verzugszins zu entrichten. Die Kosten der Mahnung werden von der versicherten Person getragen.

21.3 Wird die rückständige Prämie nicht binnen zweier Monate nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, tritt die CSS, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrag zurück.

21.4 Wird die Prämie von der CSS rechtlich eingefordert oder nachträglich angenommen, so lebt die Leistungspflicht mit dem Zeitpunkt, in dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird, wieder auf. Die CSS wird für Versicherungsfälle, die sich während des Ruhens der Leistungspflicht ereignen, auch nach Bezahlung der rückständigen Prämie nicht leistungspflichtig.

V Pflichten der versicherten Person

22 Pflichten während der Versicherungsdauer und im Versicherungsfall

22.1 Führt eine Krankheit oder ein Unfall voraussichtlich zu Leistungen, so hat die versicherte Person unverzüglich eine fachgemässe ärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen. Die versicherte Person ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen oder den Anordnungen anderer Leistungserbringer Folge zu leisten und alles zu unterlassen, was ihre Genesung gefährden oder verzögern könnte (Schadenminderungspflicht).

22.2 Die versicherte Person ist verpflichtet, der CSS einen Versicherungsfall unverzüglich zu melden.

- 22.3 Die CSS ist berechtigt, von den Leistungserbringern zusätzliche Auskünfte und Unterlagen, insbesondere ärztliche Zeugnisse, einzuholen. Die versicherte Person hat der CSS vollständig und wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf den Versicherungsfall bezieht.
- 22.4 Die versicherte Person ist verpflichtet, der CSS im Versicherungsfall alle zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte, Unterlagen und Belege (insbesondere Originalrechnungen, ärztliche Zeugnisse und Zahlungsnachweise) unverzüglich vorzulegen, damit die CSS ihre vertragliche Leistungspflicht prüfen kann. Dies gilt auch im Falle einer Auslandsbehandlung. Die CSS kann auf Kosten der versicherten Person eine beglaubigte Übersetzung in eine schweizerische Amtssprache verlangen.
- 22.5 Die versicherte Person entbindet die Leistungserbringer, die sie behandeln oder behandelt haben, von der Schweigepflicht und vom Berufsgeheimnis gegenüber der CSS. Die CSS wird ermächtigt, jederzeit gegenüber Ärzten, anderen Leistungserbringern, Sozial- und Privatversicherern und Behörden respektive ihren Gesellschafts- und Vertrauensärzten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes Auskünfte zu erteilen bzw. bei diesen Stellen die erforderlichen Auskünfte einzuholen, die zur Beurteilung des Versicherungsschutzes notwendig sind. Die involvierten Stellen sind in diesen Fällen gegenüber der CSS von ihrer Schweigepflicht und ihrem Berufsgeheimnis befreit.
- 22.6 Die versicherte Person gewährt der CSS das Recht, sich bei der Prüfung ihrer vertraglichen Leistungspflicht durch ihre Gesellschafts- und Vertrauensärzte beraten zu lassen. Diese sind berechtigt, sämtliche für die Prüfung der Leistungspflicht relevanten Unterlagen der versicherten Person einzusehen.
- 22.7 Die versicherte Person ist auf Anordnung der CSS verpflichtet, sich einer Untersuchung durch von der CSS beauftragte Ärzte zu unterziehen. Die mit dieser Untersuchung zusammenhängenden Kosten werden durch die CSS übernommen.
- 22.8 Die versicherte Person ist verpflichtet, die CSS über sämtliche Leistungen Dritter (z.B. anderer Versicherer) unverzüglich zu informieren.
- 22.9 Rechnungen aus dem Ausland werden gemäss offiziellem Notenkurs (Verkauf) per Rechnungsdatum in schweizerischer Währung an eine Zahlungsadresse in der Schweiz bezahlt.
- 22.10 Bei von der versicherten Person gefälschten Rechnungen sowie Versicherungsbruch oder versuchtem Bruch werden keine Leistungen entrichtet. In diesen Fällen muss die versicherte Person für die Kosten aufkommen, die für die Rechnungskontrolle durch die CSS oder deren Beauftragte sowie durch die Bearbeitung des Dossiers angefallen sind.
- 22.11 Antritte zu stationären Behandlungen bei Leistungserbringern (z.B. Spitaleintritte) sind der CSS oder der CSS-Notrufzentrale grundsätzlich unverzüglich, spätestens aber innert fünf Tagen ab dem Antritt zu melden.
- 22.12 Eine Kostengutsprache durch die CSS oder die CSS-Notrufzentrale ist vor Behandlungsbeginn notwendig, falls dies in den ZB ausdrücklich verlangt wird.

23 Verletzung der Pflichten

- 23.1 Werden vertragliche Pflichten im Versicherungsfall durch die versicherte Person verletzt, kann die CSS die Leistungen verweigern oder nach ihrem Ermessen reduzieren.
- 23.2 Der vorgesehene Rechtsnachteil bei Pflichtverletzung im Versicherungsfall tritt nicht ein, wenn die Verletzung den Umständen nach als eine unverschuldete anzusehen ist oder die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten

Ereignisses und auf den Umfang der von der CSS geschuldeten Leistungen gehabt hat. Die versicherte Person hat somit die Möglichkeit nachzuweisen, dass die Verletzung der Pflicht keinen Einfluss auf die von der CSS geschuldete Leistung hat. Gelingt der Nachweis, ist die geschuldete Leistung von der CSS vollständig zu erbringen und kann nicht reduziert oder verweigert werden.

- 23.3 Entsteht der CSS im Zusammenhang mit der Verletzung von Pflichten ein Aufwand, etwa für Abklärungen, so hat die versicherte Person die angefallenen Kosten zu tragen, sofern ihr dabei eine Verletzung von Pflichten nachgewiesen werden kann.

24 Anzeigepflichtverletzung

- 24.1 Hat die versicherte Person (als Antragsteller) bei der Beantwortung der im Rahmen des Vertragsabschlusses gestellten Fragen eine erhebliche Gefahrtatsache, die sie kannte oder kennen musste und über die sie befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so kann die CSS den Vertrag innert vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, schriftlich oder in anderer Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang bei der versicherten Person wirksam.
- 24.2 Mit dieser Kündigung erlischt auch die Leistungspflicht der CSS für bereits eingetretene Schäden, soweit deren Eintritt und Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrtatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat die CSS Anspruch auf Rückerstattung.

VI Umfang des Versicherungsschutzes

25 Anspruch und Umfang der Leistungen

Leistungen der CSS werden bei Krankheit, Mutterschaft oder Unfall nach Massgabe des Versicherungsvertrags erbracht. Näheres zum Leistungsanspruch und Leistungsumfang wird in den ZB geregelt und allenfalls in Leistungserbringer- und Leistungslisten spezifiziert. Insbesondere können Leistungen von der Deckung ausgeschlossen werden, deren Tarifhöhe im Marktvergleich oder nach sachlichen Kriterien (z.B. Abrechnungszeit pro Tag) nicht angemessen sind. Die Voraussetzungen für eine Begrenzung der Deckung ergeben sich aus den ZB.

26 Nicht versicherte Leistungen

- 26.1 Folgende Leistungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen) sind von den Versicherungen ausgeschlossen, wenn in den ZB nichts Abweichendes geregelt wird:
- a) gesetzliche Leistungen, insbesondere Leistungen gemäss KVG, IVG und UVG;
 - b) unwirksame, unzweckmässige oder unwirtschaftliche Behandlungen. Als unwirtschaftlich gelten medizinische Massnahmen, die sich nicht auf das Interesse der versicherten Person (z.B. Behandlungen, die keinen besseren Behandlungserfolg erzielen) und das für den Behandlungszweck erforderliche Mass beschränken. Der Nachweis der Wirksamkeit einer medizinischen Massnahme muss nach wissenschaftlichen Methoden erfolgen, sofern dies bei den angewandten Verfahren möglich und zweckmässig ist;
 - c) Leistungen für Aufenthalte in bzw. bei Leistungserbringern gemäss Ziffer 10 AVB, welche nicht oder nicht mehr der wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes dienen (z.B. Langzeitpflege von chronisch kranken Personen);

- d) Kosten für die Behandlung, Pflege oder Geburt, wenn sich die versicherte Person zu diesem Zweck ins Ausland begeben hat;
- e) Leistungen bei einem Notfall im Ausland, sofern eine Rückkehr in die Schweiz angemessen ist, sowie in Fällen, bei denen keine KVG-Leistungspflicht besteht;
- f) Krankheits- und Unfallfolgen, die beim Vertragsabschluss schon bestanden haben oder für die ein Vorbehalt oder ein Ausschluss besteht;
- g) Leistungen für körperlichen Entzug sowie Entwöhnungskuren;
- h) Leistungen für kosmetische Behandlungen;
- i) Leistungen für Reproduktionsmedizin und Sterilitätsbehandlungen;
- j) Leistungen für Geschlechtsumwandlungen;
- k) Leistungen für Transplantationen;
- l) Leistungen für Zellulartherapien;
- m) Kostenbeteiligungen, Patientenanteile und Spesen;
- n) Leistungen für Behandlungen, bei denen weder krankheitsbedingte noch unfallbedingte Behandlungen im Vordergrund stehen, sondern die einen sozialen Hintergrund haben (z.B. Eheberatung, Beratungen zur Selbsterfahrung, Selbstverwirklichung oder Persönlichkeitsreifung);
- o) Leistungen, die gemäss KVG von der öffentlichen Hand zu übernehmen sind;
- p) Leistungen, Leistungserbringer, Produkte, Dienstleistungen oder weitere Angebote, welche explizit nicht auf CSS-Listen aufgeführt sind bzw. auf CSS-Listen ausgeschlossen sind;
- q) Behandlungen, welche die versicherte Person als Leistungserbringer oder Arzt eines Leistungserbringers an sich selbst vornimmt (Selbsttherapierung);
- r) Kosten für versäumte Konsultationen;
- s) Kosten für Versand und administrative Arbeiten (z.B. für Ausfertigung und Versand von Berichten, Zeugnissen, Gutachten oder das Zurverfügungstellen von Bildmaterial auf Portalen), sofern dies auf Wunsch oder Anforderung der versicherten Person erfolgt;
- t) präventive Behandlungen.

- 26.2 Ebenfalls keine Leistungen werden erbracht für Krankheiten und Unfälle (inkl. Komplikationen und Spätfolgen) in Zusammenhang mit:
- a) Neutralitätsverletzungen und kriegerischen Ereignissen sowie der Verwendung atomarer und radioaktiver Stoffe zu militärischen Zwecken in der Schweiz und im Ausland in Kriegs- und Friedenszeiten;
 - b) Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten;
 - c) Teilnahme an Unruhen, Demonstrationen oder ähnlichen Anlässen;
 - d) vorsätzlicher oder fahrlässiger Begehung von Verbrechen oder Vergehen durch die versicherte Person;
 - e) versuchter oder vollendeter Selbsttötung oder Selbstverstümmelung;
 - f) Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch;
 - g) Antritt eines ausländischen Militärdienstesatzes;
 - h) Beteiligung an Raufereien, Schlägereien, Schiessereien und vergleichbaren Ereignissen, es sei denn, die versicherte Person ist als Unbeteiligte oder bei Hilfeleistungen für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
 - i) Eingehen von aussergewöhnlichen Gefahren (Art. 49 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV) und Wagnissen (Art. 50 UVV) durch die versicherte Person; für die Beurteilung von aussergewöhnlichen Gefahren respektive Wagnissen sind die gesetzlichen Bestim-

mungen und die Rechtsprechung in der sozialen Unfallversicherung anwendbar.

27 Leistungskürzungen

- 27.1 Dauert der Versicherungsschutz nicht ein volles Kalenderjahr, wird der versicherte Höchstbetrag, falls ein solcher in den ZB respektive in der Versicherungspolice aufgeführt ist, anteilmässig reduziert.
- 27.2 Bei längeren Behandlungsperioden oder bei zweifelhaftem Behandlungserfolg kann die CSS unter Berücksichtigung von Ziffer 26.1 lit. b) die Fortführung der Behandlung an Auflagen knüpfen oder die Leistungspflicht aussetzen.
- 27.3 Die versicherten Leistungen entfallen, wenn eine versicherte Person das befürchtete Ereignis absichtlich herbeigeführt hat.
- 27.4 Die versicherten Leistungen werden angemessen gekürzt, wenn eine versicherte Person das befürchtete Ereignis grobfahrlässig herbeigeführt hat.

28 Anrechnung von Leistungen bei Ersatzpolice

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

29 Subsidiarität

Sämtliche vertraglich vereinbarten Leistungen der CSS werden als Mehrleistungen oder Zusatzleistungen in Ergänzung oder Erweiterung zu den Sozialversicherungen erbracht, insbesondere zu den Leistungen gemäss der schweizerischen Bundesgesetzgebung über die Militär-, Unfall-, Invaliden- und Krankenversicherung sowie zu den Leistungen entsprechender ausländischer Versicherer. Für einen Leistungsanspruch ist das korrekte Verhalten der versicherten Person massgebend. Eine allfällige Leistungsverweigerung oder -kürzung wegen Fehlverhaltens (z.B. verspätete Schadenmeldung) in den Sozialversicherungen wird für den Zweck dieser Krankenzusatzversicherung nicht berücksichtigt.

30 Regressrecht

Die CSS tritt im Umfang und zum Zeitpunkt ihrer Leistung für die von ihr gedeckten gleichartigen Leistungspositionen in die Rechte der versicherten Person ein.

31 Mehrfachversicherung

- 31.1 Wird dasselbe Interesse gegen dieselbe Gefahr und für dieselbe Zeit bei mehr als einem Versicherungsunternehmen dergestalt versichert, dass die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert übersteigen (Mehrfachversicherung), so ist die versicherte Person verpflichtet, dies der CSS unverzüglich schriftlich oder in anderer Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, zur Kenntnis zu bringen.
- 31.2 Bei Mehrfachversicherung im Bereich der Versicherungen nach VVG leistet die CSS anteilmässig gemäss den gesetzlichen Vorschriften.

VII Verschiedenes

32 Zahlungspflicht

Honorarschuldner gegenüber den Leistungserbringern ist grundsätzlich die versicherte Person. Die versicherte Person akzeptiert jedoch anderslautende Verträge zwischen der CSS und den Leistungserbringern, welche die Direktzahlung an den Leistungserbringer vorsehen.

33 Auszahlungen der CSS

- 33.1 Der Versicherungsanspruch wird nach vier Wochen fällig, nachdem die CSS alle Angaben und ärztlichen Zeugnisse erhalten hat, aus denen sie sich von der Richtigkeit des Anspruchs überzeugen kann. Bestreitet die CSS ihre Leistungspflicht, so kann die versicherte Person nach Ablauf der vorgenannten Frist Abschlagszahlungen bis zur Höhe des unbestrittenen Betrags verlangen.
- 33.2 Zahlungen an die versicherte Person leistet die CSS gebührenfrei mittels Überweisung auf ihr Bank- oder Postkonto. Verlangt die versicherte Person eine andere Auszahlungsart, so wird die CSS die belasteten Gebühren auf die versicherte Person überwälzen. Für jede dieser Auszahlungen kann zudem ein Betrag für den zusätzlichen administrativen Aufwand belastet werden.

34 Honorarvereinbarungen und Tarife

Honorarvereinbarungen zwischen der versicherten Person und den Leistungserbringern sind für die CSS nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Umfang der Tarife, die zwischen der CSS und dem Leistungserbringer ausgehandelt oder von der CSS gegenüber dem Leistungserbringer einseitig anerkannt wurden.

35 Verrechnung, Abtretung, Verpfändung und Rückerstattung

- 35.1 Die CSS ist berechtigt, ausstehende Prämien und/oder Kostenbeteiligungen mit Leistungsansprüchen der versicherten Person zu verrechnen. Dieses Verrechnungsrecht steht der versicherten Person gegenüber der CSS nicht zu.
- 35.2 Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können vor ihrer endgültigen Festsetzung ohne ausdrückliche Zustimmung der CSS weder abgetreten noch verpfändet werden.
- 35.3 Von der versicherten Person zu Unrecht bezogene Leistungen sind der CSS zurückzuerstatten.

36 Versichertenkarte

- 36.1 Die versicherte Person kann im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsvertrags eine Versichertenkarte erhalten, die zum Bezug von Leistungen, insbesondere von Medikamenten, berechtigt.
- 36.2 Die Versichertenkarte ist während der Dauer der Versicherungsdeckung gültig. Sie darf weder ausgeliehen noch übertragen oder Dritten zugänglich gemacht werden. Geht die Versichertenkarte verloren oder kommt sie der versicherten Person abhanden, ist die CSS darüber unverzüglich zu benachrichtigen.
- 36.3 Wird die Versichertenkarte missbräuchlich verwendet, haftet die Person, auf welche die Versichertenkarte ausgestellt ist, für den der CSS dadurch entstandenen Schaden. Insbesondere sind die zu Unrecht ausgerichteten Leistungen der CSS zurückzuerstatten und die damit verbundenen Kosten und Umtriebe der CSS zu übernehmen.

37 Mitteilungen und Adressänderung

- 37.1 Alle Mitteilungen der versicherten Person können rechtsgültig an den Hauptsitz der CSS oder an die in der Versicherungspolice bezeichnete Vertretung in der Schweiz gerichtet werden. Mitteilungen können schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglichen, erfolgen.
- 37.2 Mitteilungen der CSS erfolgen rechtsgültig an die von der versicherten Person zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.
- 37.3 Eine Änderung des Wohnsitzes ist der CSS unverzüglich zu melden. Die Wirkungen dieser Adressänderung sind in Ziffer 18.5 AVB geregelt.

38 Datenschutz und Wirtschafts-, Handels- und Finanzsanktionen

- 38.1 Der Datenschutz richtet sich nach dem VVG und dem Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG). Datenbearbeitungen der CSS werden in der Datenschutzerklärung erläutert. Diese beschreibt, wie die CSS Personen Daten bearbeitet. Die Datenschutzerklärung hat deklaratorische Bedeutung und ist nicht Vertragsbestandteil. Sie ist abrufbar unter css.ch/datenschutz oder bestellbar bei: CSS, Datenschutzberater, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern.
- 38.2 Die CSS gewährt keine Deckung und ist nicht verpflichtet, Zahlungen oder andere Leistungen zu erbringen, soweit anwendbare Wirtschafts-, Handels- und Finanzsanktionen verletzt würden.

39 Anpassung der Versicherungsbedingungen

- 39.1 Die CSS kann diese AVB oder die ZB insbesondere aus den nachstehend aufgeführten Gründen auf Beginn eines Kalenderjahres anpassen:
- Entwicklung der Medizin und Pflege mit erheblichen Auswirkungen;
 - Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapien oder Pflegeformen wie z.B. Operationstechniken, Medikamente und Ähnliches;
 - Leistungsänderungen im KVG oder Einführung einer obligatorischen Pflegeversicherung.
- 39.2 Die CSS teilt der versicherten Person die Anpassungen spätestens 30 Tage vor Ende des Kalenderjahres mit.
- 39.3 Ist die versicherte Person mit einer Anpassung nicht einverstanden, so kann sie den Vertrag mit Wirkung auf das Ende des laufenden Kalenderjahres schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, kündigen. Sie ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag des laufenden Kalenderjahres bei der CSS eingegangen ist. Unterlässt die versicherte Person die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zu den Anpassungen.

40 Spezifizierung durch CSS-Listen

- 40.1 Die CSS ist befugt, mittels Listen die Leistungserbringer für die Erbringung von versicherten Leistungen zu bezeichnen (Leistungserbringerlisten) und die versicherten Leistungen zu spezifizieren (Leistungslisten). Eine Leistungspflicht für die CSS besteht nur für jene Leistungserbringer, Produkte und Dienstleistungen, welche auf der jeweils gültigen Liste aufgeführt sind. In den ZB wird geregelt, bei welchen Deckungen Listen zur Anwendung gelangen.
- 40.2 Die CSS-Listen können von der CSS im Rahmen dieser AVB und der ZB einseitig angepasst werden. Der versicherten Person steht bei Anpassung von CSS-Listen kein Kündigungsrecht zu.
- 40.3 Massgebend sind die zum Behandlungszeitpunkt gültigen CSS-Listen. Die jeweils aktuell gültigen Listen sind auf der Website der CSS veröffentlicht und können bei der CSS verlangt werden.
- 40.4 Die CSS kann Leistungserbringer aus der Leistungserbringerliste entfernen oder für einzelne Leistungserbringer Maximaltarife festlegen, wenn kein entsprechender Tarifvertrag zwischen der CSS und dem Leistungserbringer besteht, weil dessen Leistungsangebot oder dessen Tarife im Marktvergleich oder nach sachlichen Kriterien (z.B. Abrechnungszeit pro Tag) als nicht angemessen erscheinen. Maximaltarife (z.B. für Spitalleistungen, Belegärzte oder Alternativtherapeuten) orientieren sich dabei an anerkannten Tarifen bei vergleichbaren Leistungserbringern. Soweit der vom Leistungserbringer geforderte Tarif über dem anerkannten Tarif liegt, behält sich die CSS vor, einen entsprechenden Abschlag festzulegen. Die Voraussetzungen

- für einen Ausschluss eines Leistungserbringers oder für die Anwendung von Maximaltarifen ergeben sich aus den ZB.
- 40.5 Die CSS kann Leistungserbringer neu auf der Leistungserbringerliste aufführen, wenn deren Leistungsangebot oder deren Tarife im Marktvergleich bzw. nach sachlichen Kriterien als angemessen erscheinen. Es ist der CSS vorbehalten, mit Leistungserbringern der Liste Tarifverträge zu vereinbaren.
- 41 Option Upgrade**
- 41.1 Wer die Krankenzusatzversicherung nicht in der höchsten Versicherungsstufe abschliesst, kann sich innerhalb der jeweiligen Krankenzusatzversicherung gegen die Entrichtung einer Zusatzprämie das einmalige Recht sichern, ohne erneute Abgabe einer Gesundheitsdeklaration in eine höher gestellte Versicherungsstufe zu wechseln, sofern dies in den betreffenden ZB vermerkt ist.
- 41.2 Eine Option kann längstens bis zum vollendeten 68. Lebensjahr beantragt und muss spätestens mit Wirkung auf den dem vollendeten 70. Lebensjahr folgenden 1. Januar erklärt werden. Spätere Ausübungserklärungen entfalten keinerlei Rechtswirkungen. Die Option erlischt ohne Weiteres per dem vollendeten 70. Lebensjahr folgenden 31. Dezember, wenn sie zuvor nicht rechtsgültig ausgeübt wurde.
- 41.3 Die Option wird nur versicherten Personen gewährt, welche die Krankenzusatzversicherung nach überprüfter Gesundheitsdeklaration ohne Einschränkungen respektive Ausschlüsse/Vorbehalte abgeschlossen hatten. Die Option kann ohne erneute Abgabe einer Gesundheitsdeklaration während der 16 der Abgabe der Gesundheitsdeklaration folgenden Monate beantragt werden. Nach Ablauf dieser Frist kann eine Option nur gegen erneute Abgabe einer Gesundheitsdeklaration beantragt werden.
- 41.4 Die Ausübung der Option ist der CSS gegenüber schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, zu erklären, wobei diese Erklärung der CSS bis spätestens am letzten Arbeitstag im Monat November zugegangen sein muss. Verspätet eingegangene Erklärungen entfalten keinerlei Rechtswirkungen. Bei gültiger Erklärung der Option erfolgt der vereinbarte Versicherungsstufenwechsel per 1. Januar des nachfolgenden Kalenderjahres.
- 41.5 Nach gültiger Ausübung der Option bleiben die diesbezüglichen Zusatzprämien bis zum 31. Dezember, der dem Versicherungsstufenwechsel vorangeht, geschuldet. Danach wird der Prämientarif, welcher für die optierte Versicherungsstufe gilt, in Rechnung gestellt.
- 41.6 Die Option kann nur einmal und frühestens 12 Monate nach deren Abschluss mit Wirkung auf den nächstfolgenden 1. Januar ausgeübt werden.
- 41.7 Die Option kann frühestens mit Wirkung auf den dem vollendeten 20. Lebensjahr folgenden 1. Januar ausgeübt werden. Danach kann sie nur im Abstand von jeweils fünf Jahren ausgeübt werden (d.h. auf den dem vollendeten 25., 30., 35. usw. Lebensjahr folgenden 1. Januar).
- 41.8 Bei der Ausübung der Option erfolgt der Versicherungsstufenwechsel unter Beibehaltung des versicherten Risikos (Krankheit, Mutterschaft, Unfall).
- 41.9 Die Option kann von der versicherten Person mit Wirkung auf Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, gekündigt werden.
- 41.10 Die von der versicherten Person der CSS gegenüber bezahlten Zusatzprämien für die Option verbleiben im Kündigungsfall vollumfänglich bei der CSS, unabhängig davon, ob die Option jemals ausgeübt wurde oder nicht.
- 41.11 Nimmt eine versicherte Person einen regulären Versicherungsstufenwechsel nach Abgabe einer Gesundheitsdeklaration vor, so fällt eine für einen entsprechenden Versicherungsstufenwechsel abgeschlossene Option mit Wirkung auf diesen ohne Kündigung dahin. Die versicherte Person hat auch diesfalls keinen Anspruch auf Rückerstattung der für die Option bezahlten Zusatzprämien.
- 42 Erfüllungsort und Gerichtsstand**
- 42.1 Die Verpflichtungen aus den Krankenzusatzversicherungen sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
- 42.2 Bei Rechtsstreitigkeiten kann gegen die CSS am schweizerischen Wohnort der versicherten Person oder in Luzern Klage erhoben werden. Wohnort der versicherten Person im Ausland, ist Luzern ausschliesslicher Gerichtsstand.

Anhang: Familienrabatt

Die CSS Versicherung AG gewährt auf die Prämien von Krankenzusatzversicherungen nach VVG einen Familienrabatt für Kinder und Jugendliche. Die kumulativen Voraussetzungen der Anspruchsberechtigung für den Familienrabatt ergeben sich aus Ziffer 19.2 AVB.

Rabathöhe der einzelnen Versicherungsprodukte:

Versicherungsprodukt	Alle Versicherungsstufen	Maximalalter
Gesundheitsversicherung Livo Top	50%	bis 20. Altersjahr
Gesundheitsversicherung Livo Smart	50%	bis 20. Altersjahr
Notfallversicherung Livo	50%	bis 20. Altersjahr
Präventionsversicherung Livo	50%	bis 20. Altersjahr

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

Fiktives Berechnungsbeispiel für z.B. Gesundheitsversicherung Livo Smart mit mehreren Rabatten¹:

Bruttoprämie	CHF	20.00
– Rabatt I (fiktiv) 10%	CHF	2.00
Nettoprämie I	CHF	18.00
– Familienrabatt 50%	CHF	9.00
Nettoprämie II (effektiv zu bezahlende Prämie)	CHF	9.00

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

Als gleichwertig im Sinne von Ziffer 19.2 lit. c) AVB gelten folgende Krankenzusatzversicherungen:

Rabattierte Krankenzusatzversicherung

(Abgeschlossenes Produkt des rabattberechtigten Kindes/Jugendlichen)

Gleichwertige Krankenzusatzversicherung

(Abgeschlossenes Produkt der Rabattperson)

Gesundheitsversicherung Livo Top	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsversicherung Livo Top • Spitalversicherung myFlex • CSS-Standardversicherung plus • Spitalversicherung halbprivat • Spitalversicherung privat 	<ul style="list-style-type: none"> • Spital20 • Spital30 • OPTIMA+ • QUADRA+ • FLEXIMA • BASIC
Gesundheitsversicherung Livo Smart	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsversicherung Livo Top • Gesundheitsversicherung Livo Smart • Ambulantversicherung myFlex • Spitalversicherung myFlex • CSS-Standardversicherung • CSS-Standardversicherung plus • Spitalversicherung halbprivat • Spitalversicherung privat 	<ul style="list-style-type: none"> • Spital20 • Spital30 • UNO+ • DUE+ • OPTIMA+ • QUADRA+ • FLEXIMA • BASIC • CASA
Notfallversicherung Livo	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsversicherung Livo Top • Gesundheitsversicherung Livo Smart • Notfallversicherung Livo 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulantversicherung myFlex • CSS-Standardversicherung • CSS-Standardversicherung plus • UNO+ • DUE+ • CASA
Präventionsversicherung Livo	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsversicherung Livo Top • Gesundheitsversicherung Livo Smart • Ambulantversicherung myFlex 	<ul style="list-style-type: none"> • CSS-Standardversicherung • CSS-Standardversicherung plus • UNO+ • DUE+ • CASA

