

Gesundheitsversicherung Livo Top

Krankenzusatzversicherung nach VVG

Zusatzbedingungen (ZB) Ausgabe 01.2025

Grundlagen der vorliegenden Zusatzbedingungen (ZB) bilden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenzusatzversicherungen Livo der CSS Versicherung AG (CSS) sowie das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Die ZB regeln

das Versicherungsverhältnis ergänzend zu den AVB. Bei abweichenden Bestimmungen gehen die ZB den AVB vor. Die CSS kann diese ZB auf Beginn eines Kalenderjahres aus denselben Gründen wie die AVB anpassen (vgl. Ziffer 39.1 AVB).

Inhaltsverzeichnis

1	Regeln der Versicherungsdeckung	2
2	Versicherte Leistungen «Gesundheitsversicherung Livo Top»	2
3	Zum Umfang des Leistungsanspruchs	6
4	Kostenbeteiligungen	6
5	Option Upgrade	6
6	Weitere Bestimmungen	6
Anhang		7
	Patienten- und Auslandsrechtsschutzversicherung	7

1 Regeln der Versicherungsdeckung

- 1.1 Beim Produkt Gesundheitsversicherung Livo Top kann die versicherte Person zwischen den Versicherungsstufen «Balance» und «Premium» wählen. Die versicherten Leistungen sind je nach Versicherungsstufe teilweise unterschiedlich.
- 1.2 Neugeborene sind in der Versicherungsstufe «Balance» vorbehaltlos auf den Tag der Geburt versichert, sofern der unterzeichnete Versicherungsantrag spätestens am Tag der Geburt bei der CSS eintrifft.
- 1.3 Der Wechsel von Gesundheitsversicherung Livo Top Balance zu Gesundheitsversicherung Livo Top Premium bedarf zwingend der Abgabe einer Gesundheitsdeklaration und erfolgt nur bei deren ausdrücklichen Annahme durch die CSS.
- 1.4 Bei Mutterschaft erbringt die CSS die gleichen Leistungen wie bei Krankheit, sofern die Mutter am Tag der Niederkunft während mindestens 365 Tagen bei der CSS für Krankheit sowie Mutterschaft entsprechend Zusatzversichert gewesen ist (Karenzfrist). Wurde die Versicherungsdeckung für Mutterschaft ausgeschlossen, so kann die versicherte Person jederzeit den Einschluss dieser Deckung beantragen. Es gilt auch dann die Karenzfrist von 365 Tagen.
- 1.5 Die versicherte Person, welche die Unfalldeckung ausgeschlossen hat, kann den Einschluss der Unfalldeckung jederzeit beantragen. Der Einschluss bedarf zwingend der Abgabe einer Gesundheitsdeklaration und erfolgt nur bei deren ausdrücklichen Annahme durch die CSS.
- 1.6 Bei Mehr- und Zusatzleistungen nach den Ziffern 2.4.1 bis 2.4.3 und 2.5.1 muss die Kostengutsprache der CSS für den gewählten Leistungserbringer wie auch die gewählten Leistungen bei Eintritt beim Leistungserbringer vorliegen. Bei Notfällen muss, sofern zumutbar, unverzüglich eine Kostengutsprache der CSS für den gewählten Leistungserbringer wie auch für die gewählten Mehr- und Zusatzleistungen bei der CSS eingeholt werden.

- 1.7 Der Umfang der Versicherungsdeckung ergibt sich aus den Tabellen in Ziffer 2. Die versicherten Leistungen können in Leistungs- und Leistungserbringerlisten spezifiziert werden. Folgende Leistungs- und Leistungserbringerlisten gelangen zur Anwendung, die durch die CSS einseitig angepasst werden können:
- Medikamente: Nicht versicherte Präparate (Ergänzung zur LPPV), Ziffer 2.1.1
 - Hilfsmittel und Medizinprodukte VVG, Ziffer 2.1.3
 - Methoden- und Therapeutenliste Alternativmedizin, Ziffer 2.1.4
 - Angebote und Anbieter Mentale Gesundheit, Ziffer 2.1.5
 - Gesundheitsförderung, Ziffer 2.1.6
 - Unterstützungsangebote, Ziffer 2.1.7
 - Gesundheitsförderung Schwangerschaft und Mutterschaft, Ziffer 2.3.3
 - Ambulante Eingriffe und Behandlungen, Ziffer 2.4.3
 - Leistungserbringer ambulante Eingriffe, Ziffer 2.4.3 und 2.5.1
 - Leistungserbringer stationär «Balance» und «Premium», Ziffern 2.4.3, 2.5.1 und 4.4
 - Rundum Komfort, Ziffer 2.5.2
 - Heilbäder und Kurhäuser, Ziffer 2.5.5
 - Innovationen, Ziffer 2.6.6

2 Versicherte Leistungen «Gesundheitsversicherung Livo Top»

Die CSS erbringt im Versicherungsfall bei Krankheit, Mutterschaft oder Unfall unter Berücksichtigung der aufgeführten Kostenbeteiligungen und Maximalbeträge die in nachfolgender Tabelle aufgeführten Leistungen. Bei einigen Leistungen unterscheiden sich die Deckungen je nach gewählter Versicherungsstufe «Balance» und «Premium».

	BALANCE	PREMIUM
2.1 Allgemeine Leistungen		
2.1.1 Medikamente	Ärztlich verordnete und in der Schweiz wissenschaftlich anerkannte Medikamente zu den marktüblichen Preisen (sog. Hors-Liste-Medikamente). Diese dienen der Krankheitsbehandlung und sind weder in der Spezialitätenliste (SL) noch in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) noch in der Liste der Präparate für spezielle Verwendungen (LPPV) enthalten. 75%, unbegrenzt Ausnahme: Präparate, welche die CSS zusätzlich oder anstelle der LPPV auf einer eigenen Liste «Medikamente: nicht versicherte Präparate (Ergänzung zur LPPV)» führt und die nicht oder nur teilweise aus dieser Versicherung übernommen werden.	
2.1.2 Sehhilfen	Brillengläser und Kontaktlinsen, sofern diese für die Sehkorrektur notwendig sind. Erwachsene: 100%, max. CHF 200 pro Kalenderjahr Kinder (bis Ende des Kalenderjahres, in welchem das 18. Lebensjahr vollendet wird): 100%, max. CHF 200 pro Versicherungsfall	
2.1.3 Hilfsmittel und Medizinprodukte	Hilfsmittel: ärztlich verordnete Hilfsmittel gemäss Leistungsliste «Hilfsmittel und Medizinprodukte VVG», die insbesondere der Untersuchung oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen (z.B. Gehhilfen). Medizinprodukte: ärztlich verordnete und wissenschaftlich anerkannte Medizinprodukte zu den marktüblichen Preisen gemäss Leistungsliste «Hilfsmittel und Medizinprodukte VVG». 90%, max. CHF 1000 pro Kalenderjahr	

	BALANCE	PREMIUM
2.1.4 Alternativmedizin	<p>Behandlungen bei Krankheit, Unfall oder Mutterschaft nach alternativmedizinischen Heilmethoden gemäss Leistungsliste «Methoden- und Therapeutenliste Alternativmedizin» sowie anerkannte und verordnete resp. abgegebene alternativmedizinische Heilmittel, sofern sie zu einer anerkannten Methode gehören.</p> <p>75%, max. CHF 10 000 pro Kalenderjahr Franchise Erwachsene: CHF 300 pro Kalenderjahr Franchise Kinder (bis Ende des Kalenderjahres, in welchem das 18. Lebensjahr vollendet wird): CHF 0 pro Kalenderjahr</p>	
2.1.5 Mentale Gesundheit	<p>Psychotherapeutische Behandlungen, welche durch einen CSS-anerkannten Leistungserbringer gemäss Leistungserbringerliste «Angebote und Anbieter Mentale Gesundheit», der nicht nach KVG anerkannt ist, durchgeführt werden, sowie psychotherapeutische Leistungen wie z.B. digitale Therapien, welche nicht zum Leistungskatalog nach KVG gehören.</p> <p>75%, max. CHF 1000 pro Kalenderjahr</p>	
2.1.6 Gesundheitsförderung	<p>Beiträge zu Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. für Fitness und Bewegung, Ernährung, Entspannung, Selbsthilfeprogramme) gemäss Leistungsliste «Gesundheitsförderung».</p> <p>min. 50%, max. CHF 300 pro Kalenderjahr</p>	
2.1.7 Begleitung und Unterstützung	<p>Weitere Dienstleistungen und Angebote im Bereich der Unterstützung und Begleitung bei einer Erkrankung (z.B. Massnahmen zur Milderung der Symptome und des Krankheitsverlaufs, Steigerung der Lebensqualität, Monitoring) gemäss Leistungsliste «Unterstützungsangebote».</p> <p>min. 50%, max. CHF 1000 pro Kalenderjahr</p>	
2.1.8 Patienten- und Auslandsrechtsschutz	<p>Die Gesundheitsversicherung Livo Top beinhaltet einen Patienten- und Auslandsrechtsschutz gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Anhang dieser ZB (Grundlage AVB, Version vom 01.2025). Risikoträgerin der Patienten- und Auslandsrechtsschutzversicherung ist die Orion Rechtsschutz-Versicherung AG, Basel (Orion). Die Orion ist eine Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht. Wechselt die Risikoträgerin der Patienten- und Auslandsrechtsschutzversicherung, stellt die CSS sicher, dass die versicherte Person hierüber informiert wird, der versicherten Person weiterhin ein vergleichbarer Versicherungsschutz angeboten wird und laufende Schadenfälle gedeckt werden.</p> <p>Unter die Deckung der Auslandsrechtsschutzversicherung fallen Rechtsfälle im Ausland in den Bereichen Schadenersatzrecht, Vertragsrecht, Versicherungsrecht sowie Straf- und Verwaltungsrecht.</p> <p>100%, max. CHF 250 000 pro Rechtsfall in Europa 100%, max. CHF 50 000 pro Rechtsfall ausserhalb Europas</p>	
2.2 Zahnärztliche Behandlungen	<p>Die CSS deckt nachfolgende zahnärztliche Leistungen. Bestehen bei der CSS Versicherung AG noch Zusatzversicherungen für zahnärztliche Leistungen, erfolgt die Kostenübernahme aus der Gesundheitsversicherung Livo Top immer im Nachgang dazu und deckt maximal die Differenz zum Rechnungsbetrag.</p>	
2.2.1 Zahnbehandlungen	<p>Zahnbehandlungskosten bis Ende des Kalenderjahres, in welchem das 18. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>50%, max. CHF 2000 pro Kalenderjahr</p>	
2.2.2 Kieferorthopädie	<p>Zahnstellungskorrekturen (kieferchirurgische und -orthopädische Behandlungen, orthodontische Massnahmen) bis Ende des Kalenderjahres, in welchem das 18. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>50%, max. CHF 12 000 pro Kalenderjahr</p>	
2.2.3 Weisheitszahnbehandlung	<p>Entfernung von Weisheitszähnen ab Beginn des Kalenderjahres, in welchem das 19. Lebensjahr begonnen wird (inkl. Anästhesie, notwendige Röntgenaufnahmen und Nachbehandlungen).</p> <p>50%, max. CHF 2000 pro Kalenderjahr</p>	
2.3 Mutterschaftsleistungen (Schwangerschaft und Geburt)	<p>Bei Mutterschaft deckt die CSS nach Ablauf einer Karenzfrist gemäss Ziffer 1.4 folgende Leistungen:</p>	
2.3.1 Ultraschall-/Kontrolluntersuchungen	<p>Alle vom Arzt empfohlenen Ultraschalluntersuchungen und sonstigen Kontrolluntersuchungen, welche gemäss KVG nicht übernommen werden.</p> <p>90%, unbegrenzt</p>	
2.3.2 Geburten im Geburtshaus, Hausgeburten oder ambulante Geburten	<p>Eine Geburtspauschale für medizinische Auslagen wird an die Mutter bei einer Geburt in einem Geburtshaus, welches nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons ist, bei einer Hausgeburt oder einer ambulanten Geburt ausgerichtet. Die Geburtspauschale muss von der Mutter bei der CSS beantragt werden, inkl. Vorweisen der Geburtsbescheinigung.</p> <p>CHF 500 Geburtspauschale pro Kind</p>	
2.3.3 Gesundheitsförderung Schwangerschaft und Mutterschaft	<p>Weitere Leistungen zur Gesundheitsförderung der Eltern und des Neugeborenen während und nach der Schwangerschaft gemäss Leistungsliste «Gesundheitsförderung Schwangerschaft und Mutterschaft».</p> <p>min. 50%, max. CHF 300 pro Kalenderjahr Ein Stillgeld von CHF 200 pro Kind wird an die Mutter ausgerichtet beim Nachweis von mindestens 30 Tage Stillen.</p>	

	BALANCE	PREMIUM
2.4 Leistungen bei stationärem Aufenthalt oder ambulantem Eingriff und Behandlung	Die CSS erbringt Leistungen bei Krankheit, Mutterschaft oder Unfall in den folgenden Bereichen, dabei unterscheidet sich der Deckungsumfang nach der gemäss Ziffer 1.1 gewählten Versicherungsstufe «Balance» oder «Premium».	
2.4.1 Spitalkosten allgemeine Abteilung ganze Schweiz	Kosten in der allgemeinen Abteilung in Spitälern der ganzen Schweiz, die einen kantonalen Leistungsauftrag für die besagte Behandlung haben, aber einen höheren Referenztarif (bspw. Baserate) aufweisen als jener des Wohnkantons (sog. ausserkantonale Wahlbehandlung in Listenspitälern nach KVG).	
	100%, unbegrenzt	
2.4.2 Weitere Spitalkosten	Kantonsanteile nach KVG für Behandlungen, für welche das Spital keinen kantonalen Leistungsauftrag hat. Kantonsanteile nach KVG für Behandlungen, für welche das Spital einen kantonalen Leistungsauftrag hat, der Kanton aber seine Beteiligung nach KVG nicht erstattet. Diese Leistungen sind nur gedeckt, wenn der Leistungserbringer von der CSS anerkannt ist.	
	100%, unbegrenzt	
	Kostenbeteiligung je nach gewählter Variante gemäss Ziffer 4.2 sowie bei anderen Leistungserbringern gemäss Ziffer 4.4.	
2.4.3 Ärztliche und klinische Mehr- und Zusatzleistungen	Zugang zu allen für den Behandlungsverlauf empfohlenen Ärzten (freie Arztwahl, inkl. Belegärzte) sowie damit verbundene ärztliche und klinische Mehr- und Zusatzleistungen während eines stationären Aufenthaltes oder bei ambulanten Behandlungen (gemäss Leistungsliste «Ambulante Eingriffe und Behandlungen»).	
	100%, unbegrenzt bei Leistungserbringern der «Leistungserbringerliste stationär «Balance»» resp. «Leistungserbringerliste ambulante Eingriffe»	100%, unbegrenzt bei Leistungserbringern der «Leistungserbringerliste stationär «Premium»» resp. «Leistungserbringerliste ambulante Eingriffe»
	Kostenbeteiligung je nach gewählter Variante gemäss Ziffer 4.2 sowie bei anderen Leistungserbringern gemäss Ziffer 4.4.	Kostenbeteiligung je nach gewählter Variante gemäss Ziffer 4.2 sowie bei anderen Leistungserbringern gemäss Ziffer 4.4.
	Limitation Rehabilitationseinrichtungen und Psychiatrie: max. je 90 Tage pro Kalenderjahr	Limitation Rehabilitationseinrichtungen und Psychiatrie: max. je 180 Tage pro Kalenderjahr
2.5 Komfortleistungen	Die CSS erbringt Komfortleistungen bei Unfall, Krankheit oder Mutterschaft in den folgenden Bereichen. Dabei unterscheidet sich der Deckungsumfang nach der gemäss Ziffer 1.1 gewählten Versicherungsstufe «Balance» oder «Premium».	
2.5.1 Hotellerie und Komfort	Mehr- und Zusatzleistungen im Bereich Hotellerie/Komfort (laut Angebot oder Mehrleistungskonzept des Leistungserbringers) während eines stationären Aufenthaltes oder bei ambulanten Behandlungen (gemäss Leistungsliste «Ambulante Eingriffe und Behandlungen»). Die versicherte Person ist frei in der Wahl, welche vom Leistungserbringer angebotenen Mehr- und Zusatzleistungen sie in Anspruch nehmen möchte.	
	Leistungen bei Leistungserbringern der «Leistungserbringerliste stationär «Balance»» resp. «Leistungserbringerliste ambulante Eingriffe»	Leistungen bei Leistungserbringern der «Leistungserbringerliste stationär «Premium»» resp. «Leistungserbringerliste ambulante Eingriffe»
	Kostenbeteiligung je nach gewählter Variante gemäss Ziffer 4.2. sowie bei anderen Leistungserbringern gemäss Ziffer 4.4.	Kostenbeteiligung je nach gewählter Variante gemäss Ziffer 4.2. sowie bei anderen Leistungserbringern gemäss Ziffer 4.4.
	Limitation Rehabilitationseinrichtungen und Psychiatrie: max. je 90 Tage pro Kalenderjahr	Limitation Rehabilitationseinrichtungen und Psychiatrie: max. je 180 Tage pro Kalenderjahr
2.5.2 Rundum Komfort	Komfortleistungen (z.B. Fahrt- oder Mahlzeitservice, gemäss Leistungsliste «Rundum Komfort» rundum einen stationären Aufenthalt oder einen ambulanten Eingriff resp. eine ambulante Behandlung (gemäss Leistungsliste «Ambulante Eingriffe und Behandlungen»).	
	min. 50%, max. CHF 500 pro Kalenderjahr (max. CHF 500 pro Fall)	min. 50%, max. CHF 1000 pro Kalenderjahr (max. CHF 500 pro Fall)
2.5.3 Hilfe zu Hause	Ärztlich verordnete Haushaltshilfe, wenn die versicherte Person vollständig unfähig ist, den Haushalt zu besorgen, der Bedarf für sich, ihre Familie oder ihren Haushalt ausgewiesen ist und die Hilfe von einer nicht zu den nächsten Angehörigen der versicherten Person gehörenden Person geleistet wird.	
	max. CHF 80 pro Tag, max. CHF 3000 pro Kalenderjahr (nach Geburt 21 Tage ohne ärztliche Verordnung)	

	BALANCE	PREMIUM
2.5.4 Rooming-in	Aufenthaltskosten einer Begleitperson während eines stationären Aufenthaltes (Akutspital, Rehabilitation, Psychiatrie) der versicherten Person. max. CHF 120 pro Tag, max. CHF 3000 pro Kalenderjahr	
2.5.5 Bade- und Erholungskuren	Badekuren: Kosten in Heilbädern gemäss Leistungserbringerliste «Heilbäder und Kurhäuser», sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt (Kosten nach Abzug allfälliger Leistungen nach KVG). Erholungskuren: Aufenthaltskosten in Kurhäusern gemäss Leistungserbringerliste «Heilbäder und Kurhäuser» nach einem stationären Aufenthalt oder einem ambulanten Eingriff resp. einer ambulanten Behandlung (gemäss Leistungsliste «Ambulante Eingriffe und Behandlungen»), sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt. max. CHF 120 pro Tag, max. CHF 3000 pro Kalenderjahr Die Erholungskur muss innerhalb von zehn Tagen ab dem Austrittsdatum begonnen werden.	
2.6 Weitere Leistungen	Die CSS erbringt Leistungen bei Krankheit, Mutterschaft oder Unfall in den folgenden Bereichen. Dabei unterscheidet sich der Deckungsumfang nach der gemäss Ziffer 1.1 gewählten Versicherungsstufe «Balance» oder «Premium».	
2.6.1 Wahlbehandlung Ausland	Diagnostische Untersuchungen und medizinische Behandlungen im Ausland nach erteilter Kostengutsprache der CSS. Ausgeschlossen sind Leistungen der Alternativmedizin, kosmetische und psychiatrische Behandlungen sowie alle gemäss KVG nicht anerkannten Behandlungen. Keine Leistungen Ambulant: 75%, max. CHF 250 000 pro Kalenderjahr Stationär: 75%, max. CHF 500 000 pro Kalenderjahr	
2.6.2 Operative Sehkorrekturen	Beitrag an ophthalmologische Eingriffe für Leistungen, welche nicht zum Leistungskatalog nach KVG gehören. 90%, max. CHF 1000 pro versicherte Person	
2.6.3 Kosmetische Behandlungen	Bei Ohrkorrekturen: ambulant und stationär bis Ende des Kalenderjahres, in welchem das 18. Lebensjahr vollendet wird. Bei Narbenkorrekturen, Varizenbehandlung, Fettschürzenentfernung: ambulant oder stationär ab Beginn des Kalenderjahres, in welchem das 19. Lebensjahr begonnen wird. 75%, max. CHF 2000 pro Kalenderjahr 75%, max. CHF 4000 pro Kalenderjahr	
2.6.4 Unterbindung	Ambulante oder stationäre Unterbindung von Männern und Frauen. Ambulant: 90%, max. CHF 2000 pro Versicherungsfall Stationär: 90%, max. CHF 4000 pro Versicherungsfall	
2.6.5 Ambulante Behandlungen durch Ärzte im Ausstand	Ambulante Behandlungen durch Ärzte mit eidgenössischem Diplom, die es gemäss Art. 44 Abs. 2 KVG ablehnen, im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen zu erbringen. Ausgeschlossen sind komplementärmedizinische Leistungen, kosmetische Behandlungen sowie alle übrigen vom KVG nicht anerkannten Behandlungen. Keine Leistungen 90%, max. CHF 5000 pro Kalenderjahr	
2.6.6 Innovative Behandlungen und Versorgungsformen	Beiträge zu innovativen Produkten, Dienstleistungen und Therapien sowie Versorgungsformen gemäss Leistungs- und Leistungserbringerliste «Innovationen» zur Unterstützung einer Behandlung. Die CSS prüft innovative Angebote und Produkte sowie Leistungserbringer regelmässig und passt diese Liste laufend an. min. 50%, max. CHF 1000 pro Kalenderjahr min. 50%, max. CHF 3000 pro Kalenderjahr	
2.6.7 Pflege zu Hause	Pflegeleistungen zu Hause, wenn die Mitarbeit einer pflegenden Person gegen Entgelt erforderlich ist. Als pflegende Person gilt auch, wer mit der versicherten Person in einer Hausgemeinschaft lebt. Die Leistungen sind mit dem Formular «Abrechnung Haushalthilfe/Hauspflege» zu beantragen. Die CSS kann eine ärztliche Verordnung einverlangen. max. CHF 50 pro Tag, max. CHF 500 pro Kalenderjahr max. CHF 100 pro Tag, max. CHF 1000 pro Kalenderjahr	
2.6.8 Wagnisse	Kosten aller in diesen ZB geregelten Leistungen bei Krankheiten und Unfällen infolge von Wagnissen (vgl. Ziffer 26.2 lit. i AVB). Keine Leistungen max. CHF 250 000 pro Kalenderjahr	

3 Zum Umfang des Leistungsanspruchs

- 3.1 Die erbrachten Leistungen werden an die pro Kalenderjahr versicherte Leistungssumme im Rahmen der von der CSS anerkannten Tarife angerechnet. Massgebend hierfür ist das Behandlungsdatum. Die CSS erkennt Tarife im Rahmen der von ihr verhandelten vertraglichen Vereinbarungen mit den jeweiligen Leistungserbringern an. Besteht keine vertragliche Vereinbarung mit einem Leistungserbringer, kann die CSS einen im Marktvergleich oder nach sachlichen Kriterien angemessenen Tarif (Maximaltarif) anerkennen. Kommen Maximaltarife zum Tragen, so wird dies auf den CSS-Listen entsprechend kenntlich gemacht. Auf Anfrage werden der versicherten Person bestehende Maximaltarife bekannt gegeben.
- 3.2 Fallen Kosten an, nachdem die versicherte Leistungssumme ausgeschöpft wurde, können diese nicht auf das Folgejahr übertragen werden. Wenn die versicherte Leistungssumme nicht voll ausgeschöpft wurde, kann die ungenutzte Deckungssumme nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
- 3.3 Es werden höchstens die effektiv entstandenen Kosten vergütet.
- 3.4 Die CSS behält sich vor, Leistungserbringer von der Leistungserbringung auszuschliessen, wenn die Tarifhöhe im Marktvergleich oder nach sachlichen Kriterien nicht angemessen ist (vgl. Ziffer 40.4 AVB) oder deren Dienstleistung nicht fachgerecht erbracht wird. Massgebend sind die zum Behandlungszeitpunkt gültigen CSS-Listen. Die jeweils aktuell gültigen Listen mit den anerkannten Leistungserbringern sind auf der Website der CSS veröffentlicht und können bei der CSS verlangt werden.
- 3.5 Leistungen im Bereich Rundum Komfort (Ziffer 2.5.2) werden bei stationären Aufenthalten bis max. 21 Tage und bei ambulanten Behandlungen bis max. drei Tage nach dem Austritt vergütet. Es werden keine Rechnungen bei von Familien oder Freunden erbrachten Leistungen übernommen. Ausnahme: Personen, welche mit der versicherten Person in einer Hausgemeinschaft leben und wegen der Leistungserbringung nachweisbar einen Erwerbsausfall erleiden.

4 Kostenbeteiligungen

- 4.1 Die Kostenbeteiligungen ergeben sich grundsätzlich aus dem Leistungsumfang gemäss der Tabelle versicherte Leistungen Gesundheitsversicherung Livo Top (Ziffer 2).
- 4.2 Beim Produkt Gesundheitsversicherung Livo Top kann die versicherte Person für Leistungen nach Ziffern 2.4.2, 2.4.3 und 2.5.1 zwischen drei Varianten von Kostenbeteiligungen wählen:
- | | |
|------------|---------------------------------------|
| Variante 1 | CHF 0 |
| Variante 2 | 25%, max. CHF 5000 pro Kalenderjahr |
| Variante 3 | 50%, max. CHF 10 000 pro Kalenderjahr |
- Es gilt die auf der Police aufgeführte Kostenbeteiligungsvariante.
- 4.3 Die versicherte Person kann einen Wechsel in eine andere Kostenbeteiligungsvariante jederzeit beantragen. Ein Wechsel in eine Variante mit geringerer Kostenbeteiligung gemäss Ziffer 4.2 wird nach Abgabe und Annahme einer Gesundheitsdeklaration auf Beginn des der Annahme folgenden Monats gewährt. Wird keine Gesundheitsdeklaration abgegeben oder wird diese seitens der CSS nicht vorbehaltlos akzeptiert, so erfolgt der Wechsel erst auf Beginn des dem Antrag folgenden übernächsten Kalenderjahrs.
- 4.4 Wenn sich die versicherte Person bei einem Leistungserbringer behandeln lässt, der nicht auf der betreffenden Leistungserbringerliste stationär der gewählten Versicherungsstufe «Balance» oder «Premium» aufgeführt ist, akzeptiert sie eine höhere Kostenbeteiligung für Leistungen gemäss den Ziffern 2.4.2, 2.4.3 und 2.5.1. Die Höhe der anfallenden Kostenbeteiligung ist in nachfolgender Tabelle ausgewiesen. Die Listenzugehörigkeit der Leistungserbringer hat keine Gültigkeit, sofern es sich um einen Notfall handelt.

		LEISTUNGSERBRINGER GEMÄSS LISTE DER VERSICHERUNGSSTUFE		FREIE WAHL LEISTUNGSERBRINGER
		BALANCE	PREMIUM	
GEWÄHLTE VERSICHERUNGSSTUFE	BALANCE	Deckung: 100 %, unbegrenzt	Kostenbeteiligung: 75 % bis max. CHF 10 000 pro Kalenderjahr	Kostenbeteiligung min. 75 % Die CSS deckt max. CHF 1500/Nacht
	PREMIUM		Deckung: 100 %, unbegrenzt	Kostenbeteiligung min. 75 % Die CSS deckt max. CHF 1500/Nacht

5 Option Upgrade

Die CSS gewährt in dieser Krankenzusatzversicherung die Möglichkeit zur Option Upgrade gemäss Ziffer 41 AVB.

6 Weitere Bestimmungen

Die versicherte Person wird anhand ihres jeweils aktuellen Alters in die unter Ziffer 18.2 AVB ausgewiesenen Alters-

gruppen eingeteilt. Für die Einteilung in die Altersgruppe bei Versicherungsbeginn ist das Alter, welches die versicherte Person am Geburtstag dieses Kalenderjahrs erreicht, massgebend.

Ein Wechsel in eine höhere Altersgruppe kann Prämienanpassungen nach sich ziehen. In der Regel erhöhen sich die Prämien mit dem Alter.

Patienten- und Auslandrechtsschutzversicherung

Ergänzungsbedingungen zur Gesundheitsversicherung Livo Top
Ausgabe 01.2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	8
I Gemeinsame Bestimmungen	8
1 Versicherte Personen	8
2 Dauer der Versicherung	8
3 Örtlicher Geltungsbereich	8
4 Versicherte Leistungen	8
5 Leistungseinschränkungen	8
6 Generell nicht versicherte Rechtsfälle	8
7 Anwendbares Recht und Gerichtsstand	8
II Bestimmungen für die Patienten- rechtsschutzversicherung	9
8 Versicherte Rechtsfälle	9
9 Nicht versicherte Rechtsfälle	9
III Bestimmungen für die Ausland- rechtsschutzversicherung	9
10 Versicherte Ereignisse	9
11 Versicherte Rechtsfälle	9
12 Nicht versicherte Rechtsfälle	9
IV Bestimmungen bei Eintritt eines Rechtsfalles	10
13 Anmeldung eines Rechtsfalles	10
14 Abwicklung eines Rechtsfalles	10
15 Meinungsverschiedenheiten	10

Einleitung

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Orion Rechtsschutz-Versicherung AG Basel (Orion) als Risikoträgerin für die Patienten- und Auslandschutzversicherung im Rahmen der Gesundheitsversicherung Livo Top der CSS Versicherung AG (CSS).

I Gemeinsame Bestimmungen

1 Versicherte Personen

Versichert sind alle Personen, welche bei der CSS die Gesundheitsversicherung Livo Top abgeschlossen haben. Stirbt ein Versicherter als Folge des zum versicherten Ereignis führenden Sachverhalts, so sind dessen Rechtsnachfolger sowie anderweitig wegen des Todes der versicherten Person Anspruchsberechtigte für diesen Fall rechtsschutzversichert.

2 Dauer der Versicherung

2.1 Der Rechtsschutz wird für Streitfälle gewährt, die während der Gültigkeitsdauer der Gesundheitsversicherung Livo Top eintreten, sofern das Rechtsschutzbedürfnis ebenfalls während dieser Gültigkeitsdauer eingetreten ist.

2.2 Der Rechtsfall gilt als eingetreten:

a) Schadenersatzrecht

im Zeitpunkt der Verursachung des Schadens;

b) Straf- und Verwaltungsrecht

im Zeitpunkt der tatsächlichen oder angeblichen Widerhandlung gegen Strafvorschriften;

c) Versicherungsrecht

beim erstmaligen Eintritt des Gesundheitsschadens, der eine Arbeitsunfähigkeit oder eine Invalidität zur Folge hat; in allen übrigen Fällen beim Eintritt des Ereignisses, welches den Anspruch gegenüber der Versicherung auslöst;

d) In allen übrigen Fällen

im Zeitpunkt der tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten, ausser es sei bereits vorher für die versicherte Person erkennbar, dass rechtliche Differenzen entstehen könnten. In letztgenanntem Fall ist der Zeitpunkt der Erkennbarkeit massgebend.

3 Örtlicher Geltungsbereich

3.1 Die Versicherung gilt im Rahmen der nachfolgenden Vertragsbedingungen weltweit. Die Auslandschutzversicherung gilt nur ausserhalb der Schweiz. Das Fürstentum Liechtenstein gilt als Ausland. Bei Flugreisen tritt die Deckung beim Passieren des Schweizer Flughafenzolls in bzw. ausser Kraft.

3.2 Für Streitigkeiten, welche die Reisevertragsrechtsschutzversicherung, den Schulrechtsschutz oder den Kreditkartenrechtsschutz gemäss Ziffer 11.2 lit. b–d betreffen, gilt die Versicherung nur, sofern der Gerichtsstand in der Schweiz liegt und schweizerisches Recht zur Anwendung kommt.

3.3 Wird in den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen auf Europa Bezug genommen, ist damit das geografische Europa bis zum Ural und zu den Mittelmeerraumstaaten gemeint.

4 Versicherte Leistungen

Bis zum Höchstbetrag von total CHF 250 000 pro Ereignis (bzw. CHF 50 000 pro Ereignis für Rechtsfälle ausserhalb Europas) übernimmt die Orion folgende Leistungen:

- die Bearbeitung dieser Rechtsfälle durch die Orion;
- das Honorar eines Rechtsanwaltes bzw. Prozessbeistandes oder eines Mediators;
- die Kosten für Gutachten;
- Gerichtsgebühren oder andere zu Lasten der versicherten Person gehende Verfahrenskosten inklusive Vorschüsse;
- die in der Bussenverfügung der versicherten Person auferlegten Kosten und Gebühren; die Busse hingegen muss die versicherte Person selbst tragen;
- der versicherten Person auferlegte Prozessentschädigungen an die Gegenpartei inklusive Sicherheitsleistungen;
- das Inkasso einer der versicherten Person aus einem versicherten Fall zustehenden Forderung bis zum Vorliegen eines provisorischen oder definitiven Pfändungsverlustscheines, eines Gesuches um Nachlassstundung oder einer Konkursandrohung;
- Vorschüsse für Strafkautionen nach einem Unfall zur Vermeidung von Untersuchungshaft.

5 Leistungseinschränkungen

5.1 Generell nicht versichert ist die Zahlung von:

- Kosten und Honoraren, zu deren Übernahme ein Dritter verpflichtet ist oder die zu Lasten eines Haftpflichtigen oder Haftpflichtversicherers gehen; in solchen Fällen bezahlt die Orion lediglich Vorschüsse;
- Kosten und Honoraren in Konkurs- und Nachlassverfahren sowie in Widerspruchs-, Kollokations- und Aussonderungsprozessen;
- Übersetzungs- und Reisekosten der versicherten Person.

5.2 Alle Streitigkeiten mit derselben Ursache oder im mittelbaren oder unmittelbaren Zusammenhang mit demselben Ereignis gelten als ein Rechtsfall. Die Versicherungssumme wird pro Rechtsfall, auch wenn mehrere Rechtsgebiete betroffen sind, nur einmal ausgerichtet. Sicherheitsleistungen und Vorschüsse werden in vollem Umfang an die Versicherungssumme angerechnet. Vorschüsse und Sicherheitsleistungen sind der Orion zurückzuerstatten.

5.3 Betrifft ein Ereignis mehrere durch verschiedene Verträge versicherte Personen, ist die Orion berechtigt, die Leistungen auf die aussergerichtliche Interessenwahrung zu beschränken, bis ein Musterprozess durch von ihr ausgewählte Rechtsanwälte durchgeführt worden ist.

6 Generell nicht versicherte Rechtsfälle

- Nicht versichert sind (alle Ausschlüsse gehen den Bestimmungen von Ziffer 8, 10 und 11 vor):
- sämtliche in Ziffer 8 und 11 nicht ausdrücklich als versichert bezeichnete Rechtsfälle;
 - die Abwehr von ausservertraglichen Schadenersatzansprüchen Dritter (deren Abweisung ist Sache einer allfälligen Haftpflichtversicherung);
 - Fälle im Zusammenhang mit Krieg, Unruhen, Streik oder Aussperrungen und als Beteiligter an Raufereien oder Schlägereien;
 - Fälle gegen die Orion und die CSS, deren Organe und Mitarbeiter.

7 Anwendbares Recht und Gerichtsstand

7.1 Soweit diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen nichts anderes bestimmen, findet schweizerisches Recht, insbesondere das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 02.04.1908 sowie Art. 161 ff. der Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen vom 09.11.2005, Anwendung.

7.2 Für Streitigkeiten einer versicherten Person mit der Orion aus dem vorliegenden Vertrag erkennt diese als Gerichtsstand den schweizerischen Wohnsitz der versicherten Person an. Hat sie keinen schweizerischen Wohnsitz, gilt Basel als Gerichtsstand.

II Bestimmungen für die Patientenrechtsschutzversicherung

8 Versicherte Rechtsfälle

Im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung infolge einer Krankheit und/oder eines Unfalles versichert die Orion die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen der versicherten Person bei Streitigkeiten infolge von Diagnose- und Behandlungsfehlern mit von der CSS anerkannten Leistungserbringern und deren Haftpflichtversicherern.

9 Nicht versicherte Rechtsfälle

Nicht versichert sind Streitigkeiten:

- im Zusammenhang mit den Folgen von Krankheiten und/oder Unfällen, die von der Deckung der CSS ausgeschlossen sind;
- im Zusammenhang mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen;
- im Zusammenhang mit Behandlungen, die von der CSS nicht anerkannt werden;
- im Zusammenhang mit Honoraren und Rechnungen der Leistungserbringer;
- mit weiteren Versicherungen der versicherten Person und Sozialversicherungseinrichtungen;
- und Fälle gemäss Ziffer 6.

III Bestimmungen für die Auslandrechtsschutzversicherung

10 Versicherte Ereignisse

Die Orion gewährt der versicherten Person in den folgenden Bereichen Rechtsschutz:

10.1 Ereignisse im Verkehr

Während der Hin-/Rückreise und des Ferien- oder Schulaufenthaltes im Ausland in der Eigenschaft als Lenker, Halter oder Eigentümer des verwendeten Fahrzeuges und Mieter der im Ausland gemieteten Fahrzeuge; Fussgänger, Radfahrer, Mofalenker oder Passagier in irgendeinem Transportmittel.

10.2 Ereignisse ausserhalb des Verkehrs

Während der Hin-/Rückreise und des Ferien- oder Schulaufenthaltes im Ausland:

- bei Personen- und/oder Sachschäden (gem. Ziffer 11.1);
- bei Streitigkeiten aus Reparatur- und Mietverträgen (gem. Ziffer 11.2 lit. a);
- bei Streit aus Reiseverträgen (gem. Ziffer 11.2 lit. b);
- bei Ausübung eines Hobbys oder Amateursports während des Ferien- oder Schulaufenthaltes im Ausland;
- beim Besuch einer Schule im Ausland (gem. Ziffer 11.2 lit. c);
- beim Gebrauch einer Kreditkarte (gem. Ziffer 11.2 lit. d).

11 Versicherte Rechtsfälle

11.1 Schadenersatzrechtsschutz

Geltendmachung von ausservertraglichen Schadenersatzansprüchen für Sach- und Personenschäden durch ein Ereignis im oder ausserhalb des Verkehrs sowie der daraus unmittelbar resultierenden Vermögensschäden. Nicht versichert sind Fälle im Zusammenhang mit Ehrverletzungen.

11.2 Vertragsrecht

a) Fahrzeugvertragsrechtsschutz

Vertretung bei Auseinandersetzungen aus Reparatur- und Mietverträgen betreffend das auf und während der Reise benutzte Fahrzeug (ohne Luftfahrzeuge). Ausgeschlossen sind Streitigkeiten aus Kauf- und Leasingverträgen.

b) Reisevertragsrechtsschutz

Vertretung bei Streitigkeiten aus Reiseverträgen mit einem in der Schweiz domizilierten Reisebüro.

c) Schulrechtsschutz

Vertretung bei Auseinandersetzungen aus Verträgen, die mit Schulen im Ausland abgeschlossen worden sind.

d) Kreditkartenrechtsschutz

Vertretung bei Streitigkeiten mit einem in der Schweiz niedergelassenen Kreditkartenunternehmen, sofern es sich nicht um Streitigkeiten über die Verletzung von Obliegenheiten aus dem Kreditkartenvertrag handelt.

11.3 Versicherungsrechtsschutz

Vertretung bei Streitigkeiten mit in der Schweiz konzessionierten privaten oder öffentlichen Versicherungsanstalten im Anschluss an einen Unfall im Ausland. Überdies wird Rechtsschutz gewährt bei Streitigkeiten mit ausländischen Versicherungsgesellschaften aus der Miete von Motorfahrzeugen (mit Ausnahme von Luftfahrzeugen) sowie nicht motorisierten Hobby-Sportgeräten (Einschränkungen siehe Ziffer 12).

11.4 Straf- und Verwaltungsrechtsschutz

Vertretung in einem Straf- und Verwaltungsverfahren vor ausländischen Polizei- oder Strafgerichten sowie gegenüber Behörden infolge des Vorwurfs fahrlässiger Verletzung der ausländischen Gesetzgebung.

12 Nicht versicherte Rechtsfälle

Von der Versicherung ausgeschlossen sind:

- Schadenersatzansprüche aus Diebstahl, Entwendung, Verlust von Sachen und Missbrauch von Kreditkarten;
- Fälle, bei denen der Lenker ein im öffentlichen Verkehr nicht zugelassenes Fahrzeug verwendet, zum Führen des Fahrzeuges nicht berechtigt ist, keinen gültigen Führerausweis hat oder ein Fahrzeug lenkte, welches nicht mit gültigen Kontrollschildern versehen war;
- Fälle im Zusammenhang mit der aktiven Teilnahme an motorsportlichen Wettkämpfen und Rennen, einschliesslich Training;
- Fälle als Eigentümer/Halter von gewerbsmässig genutzten Fahrzeugen wie z.B. Taxi, Car, Liefer- und Lastwagen, Fahrschulwagen usw.;
- Fälle wegen der Anschuldigung der Überschreitung der zulässigen Höchstgeschwindigkeit innerorts um mindestens 30 km/h, ausserorts und auf Autostrassen um mindestens 40 km/h sowie auf Autobahnen um mindestens 50 km/h;
- Fälle im Zusammenhang mit folgenden Ereignissen im Wiederholungsfall: der Anschuldigung des Fahrens im Zustand der Fahrunfähigkeit wegen der Einwirkung von Alkohol, Medikamenten oder Drogen sowie der Vereitelung der Blutprobe. Handelt es sich um erstmalige Delikte, werden die Leistungen gekürzt;
- Fälle als Eigentümer, Halter oder Lenker von Wasser- oder Luftfahrzeugen. Dieser Ausschluss gilt nicht für Streitigkeiten aus Mietverträgen für Wasserfahrzeuge;
- Fälle gemäss Ziffer 6.

IV Bestimmungen bei Eintritt eines Rechtsfalles

13 Anmeldung eines Rechtsfalles

13.1 Die versicherte Person meldet einen Schadenfall raschmöglichst bei der CSS an. Soweit der Rechtsschutz in Anspruch genommen werden soll, leitet die CSS den Fall nach Prüfung der Deckungsvoraussetzungen umgehend an die Orion weiter, die danach mit der versicherten Person direkt korrespondiert. Bei einem Rechtsschutzbedürfnis im Ausland ist umgehend die CSS-Notrufzentrale zu informieren.

13.2 Beauftragt die versicherte Person ohne Einverständnis der Orion einen Anwalt bzw. Prozessbeistand oder einen Mediator, so sind dessen vor einer Kostengutsprache entstandenen Kosten nur bis zum Betrag von CHF 500 versichert. Honorarvereinbarungen bedürfen der vorgängigen Zustimmung der Orion. Vereinbart die versicherte Person mit dem Anwalt eine Erfolgsprämie, so wird diese von der Orion nicht übernommen.

14 Abwicklung eines Rechtsfalles

14.1 Die Orion bestimmt das zugunsten der versicherten Person einzuschlagende Vorgehen. Sie führt die Verhandlungen über eine gütliche Erledigung und schlägt in geeigneten Fällen eine Mediation vor. Sie entscheidet über den Beizug eines Anwaltes oder Mediators sowie über die Erstellung von Gutachten.

14.2 Die Orion gewährt der versicherten Person die freie Anwaltswahl, falls im Hinblick auf ein Gerichts- oder Verwaltungsverfahren ein Vertreter eingesetzt werden muss sowie bei allfälligen Interessenkollisionen. Bei einem späteren Mandatsentzug durch die versicherte Person hat diese die dadurch entstehenden Mehrkosten zu übernehmen. Die Orion hat das Recht, einen von der versicherten Person vorgeschlagenen Anwalt abzulehnen. Die versicherte Person kann dann drei Anwälte aus verschiedenen Anwaltskanzleien vorschlagen, aus welchen die Orion den zu Beauftragenden auswählt. Hält die versicherte Person dennoch am abgelehnten Anwalt fest bzw. schlägt sie keine anderen Anwälte vor, entfällt eine Leistungspflicht der Orion. Die Ablehnung eines Anwaltes muss nicht begründet werden.

14.3 Die versicherte Person hat der Orion die notwendigen Auskünfte und Vollmachten zu erteilen. Sämtliche mit dem Fall zusammenhängende Akten wie Bussenverfügungen, Vorladungen, Urteile, Korrespondenzen usw. sind umgehend an die Orion weiterzuleiten. Ist ein Anwalt beauftragt, hat die versicherte Person diesen zu ermächtigen, die Orion über die Entwicklung des Falles auf dem Laufenden zu halten und ihr insbesondere die zur Beurteilung der Versicherungsdeckung oder der Prozessaussichten nötigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Verletzt die versicherte Person diese Mitwirkungspflichten trotz Aufforderung der Orion, setzt ihr diese eine angemessene Frist unter Androhung des Verlustes des Versicherungsanspruchs.

14.4 Vergleiche, die Verpflichtungen zu Lasten der Orion beinhalten, dürfen von der versicherten Person nur mit deren Zustimmung abgeschlossen werden.

14.5 Jede Prozess- oder Parteientschädigung, die der versicherten Person (gerichtlich oder aussergerichtlich) zugesprochen wird, fällt bis zur Höhe der erbrachten Leistungen der Orion zu.

15 Meinungsverschiedenheiten

15.1 Bestehen Meinungsverschiedenheiten über das Vorgehen in einem gedeckten Rechtsfall oder über die Erfolgsaussichten des Rechtsfalles, so begründet die Orion umgehend schriftlich ihre Rechtsauffassung und weist die versicherte Person gleichzeitig auf ihr Recht hin, innerhalb von 20 Tagen ein Schiedsverfahren einzuleiten. Verlangt sie innerhalb dieser Frist kein Schiedsverfahren, gilt dies als Verzicht. Ab Empfang der schriftlich begründeten Mitteilung hat die versicherte Person alle erforderlichen Massnahmen zur Wahrung ihrer Interessen selbst zu treffen. Die Orion ist in diesem Fall für die Folgen mangelhafter Interessenvertretung, insbesondere verpasster Fristen, nicht haftbar. Die Kosten dieses Schiedsverfahrens sind von den Parteien hälftig vorzuschüssen und gehen zulasten der unterliegenden Partei. Wird der Kostenvorschuss von einer Partei nicht geleistet, erkennt diese damit die Rechtsauffassung der Gegenpartei an.

15.2 Die Parteien bestimmen gemeinsam einen Einzelschiedsrichter. Das Verfahren beschränkt sich auf einen einmaligen Schriftenwechsel mit den begründeten Anträgen und der Benennung der angerufenen Beweismittel der Parteien, auf dessen Grundlage der Schiedsrichter seinen Entscheid fällt. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Konkordates über die Schiedsgerichtsbarkeit.

15.3 Leitet die versicherte Person bei Ablehnung der Leistungspflicht auf eigene Kosten einen Prozess ein und erlangt sie ein Urteil, das für sie günstiger ausfällt als die ihr von der Orion schriftlich begründete Lösung oder als das Ergebnis des Schiedsverfahrens, so übernimmt die Orion die dadurch entstandenen Kosten, wie wenn sie diesem zugestimmt hätte.



Orion
Rechtsschutz-Versicherung AG
Basel
Tel. 061 285 27 27
www.orion.ch
info@orion.ch

