

Pflegezusatzversicherungen

Kundeninformationen zu den AVB Pflegezusatzversicherungen

Die folgenden Informationen ermöglichen Ihnen einen raschen Überblick über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages gemäss Art. 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG). Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich aus dem Versicherungsantrag bzw. der Versicherungspolice, den Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (AVB und ZVB) sowie aus den anwendbaren Gesetzen, insbesondere aus dem VVG.

Wer ist der Versicherer?

Der Versicherer ist die CONCORDIA Versicherungen AG, nachstehend CONCORDIA genannt, mit statutarischem Sitz am Bundesplatz 15, 6002 Luzern. Die CONCORDIA ist eine Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht.

Welche Risiken sind versichert und wie ist der Umfang des Versicherungsschutzes?

Die Versicherung deckt die finanziellen Folgen folgender Risiken:

- Krankheit und/oder
- Unfall und/oder
- Mutterschaft.

Die konkret versicherten Risiken sowie der Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Versicherungsantrag bzw. der Versicherungspolice sowie den AVB und ZVB. Eine Beschreibung der Leistungen der einzelnen Versicherungsprodukte kann der Leistungsübersicht entnommen werden.

Den ZVB ist zu entnehmen, ob es sich bei der jeweiligen Versicherung um eine Summen- oder um eine Schadenversicherung handelt.

Keine Versicherungsdeckung besteht unter anderem für:

- Behandlungen von Krankheiten und Unfällen in Zusammenhang mit dem Konsum von Drogen, mit Alkohol- und Medikamentenmissbrauch (inkl. allfälliger Komplikationen und Spätfolgen)
- Behandlungen von Krankheiten und Unfällen in Zusammenhang mit einer versuchten oder vollendeten Selbsttötung oder Selbstverstümmelung (inkl. allfälliger Komplikationen und Spätfolgen)
- Behandlung von Adipositas (Übergewicht; inkl. allfälliger Komplikationen und Spätfolgen)
- Künstliche Befruchtung und Sterilitätsbehandlungen (inkl. allfälliger Komplikationen und Spätfolgen)
- Kosmetische Behandlungen und Geschlechtsumwandlungen (inkl. allfälliger Komplikationen und Spätfolgen)
- Kostenbeteiligungen (Franchisen und Selbstbehalte) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und anderer Versicherungen.

Die vorstehenden Ausschlussgründe greifen auch dann, wenn sie nur Teilursache einer Krankheit oder eines Unfalls sind. Weitere Ausschlüsse ergeben sich aus den AVB und ZVB.

Wie hoch ist die Prämie?

Die Höhe der Prämie hängt vom Alter und dem zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person, den jeweiligen versicherten Risiken sowie der gewünschten Deckung und Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) ab. Alle Angaben zur Prämie sowie zur Kostenbeteiligung sind im Versicherungsantrag bzw. in der Versicherungspolice sowie in den ZVB enthalten. Kollektivversicherungsverträge können davon abweichende Bestimmungen enthalten.

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Die Jahresprämie ist im Voraus zu bezahlen und wird jeweils am 1. Januar eines jeden Jahres oder – bei Ratenzahlungen – am 1. Tag des jeweiligen Monats fällig. Im Falle von Direktzahlungen der CONCORDIA an die Leistungserbringer (Ärztin, Arzt, Spital, Apotheke usw.) ist die versicherungsnehmende Person verpflichtet, vereinbarte Kostenbeteiligungen innert 30 Tagen seit Rechnungsstellung der CONCORDIA zurückzuerstatten.

Welche weiteren Pflichten hat die versicherte Person?

- **Zeitlich beschränkte Meldepflicht:** Für den Fall, dass nach Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens und bis zum Abschluss der Versicherung gesundheitliche Veränderungen eintreten, ist die antragstellende oder die versicherte Person verpflichtet, dies der CONCORDIA zu melden. Die Meldung hat unverzüglich und schriftlich zu erfolgen, wobei der Gesundheitsfragebogen zu ergänzen oder zu berichtigen ist. Die Meldepflicht entfällt ab Abschluss der Versicherung.
- **Schadenminderungspflicht:** Die versicherte Person hat bei Krankheit oder Unfall sobald als möglich für eine fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Sie ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten und alles zu unterlassen, was zu einer Verschlechterung ihres körperlichen Zustandes führen könnte.

- **Meldepflicht:** Bei ambulanter Behandlung sind die entsprechenden detaillierten Rechnungen und Belege nach Abschluss der Behandlung, mindestens aber einmal jährlich einzusenden. Bei stationärer Behandlung hat die versicherte Person den Eintritt in ein Spital unverzüglich, spätestens aber nach fünf Tagen zu melden. Bei Kuren ist die ärztliche Kurverordnung rechtzeitig vor Antritt der Kur einzureichen, unter Angabe der Kuranstalt oder des Heilbades und des Datums des Kurantritts.
- **Mitwirkungspflicht:** Die versicherte Person hat der CONCORDIA vollständig und wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf den Versicherungsfall (Krankheit, Unfall, Schwangerschaft) sowie auf frühere Krankheiten und Unfälle bezieht, und entbindet die sie behandelnde Medizinalperson (Ärztin, Arzt usw.) von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber der CONCORDIA.

Weitere Pflichten ergeben sich aus den AVB, ZVB und allenfalls aus den Besonderen Versicherungsbedingungen sowie aus dem VVG.

Wann beginnt die Versicherung?

Die Versicherung beginnt an dem Tag, der im Versicherungsantrag bzw. in der Police aufgeführt ist.

Die versicherungsnehmende Person kann ihren Antrag zum Abschluss des Vertrages oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald die versicherungsnehmende Person den Vertrag beantragt oder angenommen hat.

Wie lange dauert der Vertrag?

Der Vertrag ist auf Lebenszeit abgeschlossen, sofern die Police oder die ZVB nicht eine feste Vertragsdauer enthalten. Die Mindestvertragsdauer eines Vertrages, der auf Lebenszeit abgeschlossen ist, beträgt 1 Jahr, sofern der Versicherungsantrag bzw. die Police nicht eine andere Mindestvertragsdauer vorsieht. Bei Spitalversicherungen mit wählbarer Franchise ist der Wechsel in eine tiefere Franchise erstmals nach einer Versicherungsdauer von 3 Jahren möglich.

Wann endet der Vertrag?

Die versicherungsnehmende Person kann den Vertrag wie folgt kündigen:

- Bei einer auf Lebenszeit abgeschlossenen Versicherung nach Ablauf der Mindestvertragsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende jedes Kalenderjahres. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist bei der CONCORDIA eintrifft.
- Bei einem Vertrag mit fester Vertragsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende der Vertragsdauer. Ist der Vertrag für eine längere Dauer als drei Jahre abgeschlossen worden, kann er auf das Ende des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist gekündigt

- werden. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist bei der CONCORDIA eintrifft. Wird der Vertrag nicht gekündigt, verlängert er sich stillschweigend jeweils um ein Jahr.
- Nach jedem Versicherungsfall, für den eine Leistung zu erbringen ist, spätestens 14 Tage seit Kenntnis von der Auszahlung durch die CONCORDIA.
- Wenn die CONCORDIA die Prämien ändert. Die Kündigung muss in diesem Fall am letzten Tag des Kalenderjahres bei der CONCORDIA eintreffen.

Die CONCORDIA kann den Vertrag kündigen, wenn erhebliche Gefahrstatsachen verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt wurden (Verletzung der Anzeigepflicht).

Im Übrigen ist CONCORDIA nicht berechtigt, aufgrund des Eintritts eines versicherten Ereignisses den Vertrag aufzulösen.

Die CONCORDIA kann wie folgt vom Vertrag zurücktreten:

- Wenn die versicherte Person mit der Bezahlung der Prämie in Verzug ist, gemahnt wurde und die CONCORDIA darauf verzichtet, die Prämie einzufordern.
- Im Falle eines Versicherungsbetrugs.
- Wenn im Zeitraum nach Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens und bis zum Abschluss der Versicherung gesundheitliche Veränderungen eintreten und die antragstellende oder die versicherte Person diese Veränderungen nicht unverzüglich schriftlich der CONCORDIA gemeldet hat.

Der Vertrag erlischt automatisch, wenn die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz oder während mehr als 12 Monaten ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort ins Ausland verlegt, sobald ihre obligatorische Krankenpflegeversicherung bei der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG endet.

Weitere Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den AVB und ZVB sowie aus dem VVG.

Wann erlischt der Leistungsanspruch?

Der Anspruch auf Leistungen (einschliesslich der Leistungen für frühere oder laufende Krankheits-, Unfall-, Zahn- oder Mutterschaftsbehandlungen) erlischt mit dem Ende der Versicherung bzw. dem Ausschluss der entsprechenden Versicherungsdeckung.

Welche Formen sind der Schriftform gleichgestellt?

Der Schriftform grundsätzlich gleichgestellt sind andere Formen, die den Nachweis durch Text ermöglichen. Ausnahmen zu diesem Grundsatz ergeben sich aus den AVB und ZVB.

Der Schriftform grundsätzlich gleichgestellt sind:

- Texte, die über das Kundenportal bei der CONCORDIA eingehen.
- Texte, die nach vorgängiger Identitätsprüfung in dem dafür vorgesehenen elektronischen Kontaktformular bei der CONCORDIA eingehen (www.concordia.ch). Die CONCORDIA ist nicht verpflichtet, ein solches Kontaktformular zur Verfügung zu stellen.

- Texte von eingescannten PDF-Dokumenten mit Unterschrift, die mit E-Mail bei der CONCORDIA auf info@concordia.ch oder der in der Police bezeichneten E-Mail-Adresse eingehen.
- Texte von E-Mails mit qualifizierter elektronischer Signatur, die mit E-Mail bei der CONCORDIA auf info@concordia.ch oder der in der Police bezeichneten E-Mail-Adresse eingehen.

Zu welchen Zwecken bearbeitet die CONCORDIA die Daten?

- **Abschluss und Abwicklung des Versicherungsvertrages (inkl. Offertstellung):** Der Zweck der Datenbearbeitung ist die Offertstellung bzw. der Abschluss sowie die Abwicklung des Versicherungsvertrages. Dies beinhaltet insbesondere folgende Zwecke: Bearbeitung von Anfragen, Leistungsabwicklung, Einhaltung von rechtlichen, regulatorischen und internen Vorgaben, Provisionsabwicklung, Datenpflege, statistische Auswertung, Antragsprüfung und Underwriting sowie Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung (VVG), Kundeninformation, Kundenkorrespondenz, Inkasso/Exkasso, Kundenberatung, Versichertenkarte, Abklärung der Versicherungspflicht, Rabattüberprüfung, Bekämpfung Versicherungsmissbrauch. Die Daten werden physisch oder elektronisch aufbewahrt.
- **Sicherheit:** Der Zweck der Bearbeitung ist das Gewährleisten der Informationssicherheit. Dies kann insbesondere folgende Zwecke beinhalten: Überwachung und Protokollierung der Systeme und Netzwerke der CONCORDIA, Sicherstellung des Betriebes, Störungsmanagement, Testing, Backup-Management.
- **Marketing:** Die Daten werden für Marketingzwecke der CONCORDIA verwendet. Insbesondere können die betroffenen Personen einmal jährlich mit einem Schreiben und durch Mitarbeitende der CONCORDIA Versicherungen AG oder eines Partnercenters telefonisch kontaktiert werden. Weitere Marketingaktivitäten können sein: Ermittlung der Kundenzufriedenheit und Kundenbedürfnisse, Marktforschung sowie die Erbringung von massgeschneiderten Dienstleistungen. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmässigkeit der Datenbearbeitung, die zwischen der Einwilligung und dem Widerruf erfolgt, wird dadurch nicht berührt.

Werden Daten mit Drittpersonen ausgetauscht?

Daten können unter bestimmten Voraussetzungen bei Dritten beschafft werden (z. B. Spital, ärztliche Fachpersonen, andere Versicherer, Behörden). In diesen Fällen handelt es sich um Versichertendaten (z. B. Name, Adresse, Kontaktdaten, Versicherungsprodukte) oder um Gesundheitsdaten (z. B. Rechnungen, medizinische Berichte, Leistungsabrechnungen).

Im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten können Daten auch an Empfängerinnen und Empfänger bekanntgegeben werden. Abhängig vom Einzelfall handelt es

sich insbesondere um folgende Kategorien von Empfängerinnen und Empfängern: Dienstleistungsanbieter, die die CONCORDIA bei der Erfüllung der Bearbeitungszwecke unterstützen (z. B. IT-Dienstleister, Druckereien, Partnercenter), Behörden, andere Versicherer, Rückversicherer, externe Sachverständige, beteiligte Dritte in Rechtsstreitigkeiten sowie weitere Gesellschaften der CONCORDIA-Gruppe.

Die Daten können an die Landesvertretung der CONCORDIA in Liechtenstein übermittelt werden. Der Bundesrat hat festgestellt, dass die Gesetzgebung in Liechtenstein einen angemessenen Schutz gemäss Art. 16 Abs. 2 DSGVO gewährleistet.

Wer ist für die Bearbeitung der Daten verantwortlich?

Verantwortlich für die Bearbeitung der Daten ist die CONCORDIA Versicherungen AG, Bundesplatz 15, 6002 Luzern. Die versicherte Person hat das Recht, bei der CONCORDIA über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen. Der oder die betriebliche Datenschutzbeauftragte kann wie folgt kontaktiert werden: CONCORDIA, Datenschutz, Bundesplatz 15, 6002 Luzern, info@concordia.ch oder +41 41 228 01 11. In der Datenschutzerklärung unter www.concordia.ch/datenschutz finden Sie umfassende Informationen dazu.

Pflegezusatzversicherungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

	Art.		
I. Allgemeines		VIII. Verschiedenes	
Grundlagen	1	Zahlungspflicht	36
Versicherer, versicherte Personen	2	Honorarvereinbarungen und Tarife	37
Antragstellung	3	Erfüllungsort und Gerichtsstand	38
		Mitteilungen	39
II. Umfang der Versicherungen		Besondere Vereinbarungen	40
Gegenstand der Versicherungen	4	Verrechnung, Abtretung, Verpfändung	
Aufnahme in die Versicherungen	5	und Rückerstattung	41
Örtlicher Geltungsbereich	6	Anpassung der Versicherungsbedingungen	42
		Bestandesschutz gegenüber den Anpassungen	
III. Begriffsbestimmungen		per 1. Januar 2022	43
Schriftform, gleichgestellte Textform	7	Anwendung des am 1. Januar 2022 in Kraft tretenden	
Krankheit, Mutterschaft	8	revidierten Versicherungsvertragsgesetzes	44
Unfall	9		
Leistungserbringer	10	I. Allgemeines	
Versicherungsperiode	11	1 Grundlagen	
IV. Beginn und Ende der Versicherungen		1 Grundlagen	
Beginn des Versicherungsschutzes	12	1.1 Grundlagen des Vertrages bilden:	
Widerruf	13	1.1.1 Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB),	
Vertragsdauer	14	die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB), all-	
Ersatzpolice	15	fällige Besondere Versicherungsbedingungen (BVB)	
Ende der Versicherungen	16	sowie die Bestimmungen in Police und allfälligen	
Kündigung	17	Nachträgen.	
Erlöschen des Leistungsanspruches	18	1.1.2 Die schriftlichen Erklärungen, welche die versiche-	
Sistierung	19	rungsnehmende (antragstellende) Person und die	
		Versicherten (die zu versichernden Personen) im An-	
V. Prämien und Kostenbeteiligungen		trag, im ärztlichen Untersuchungsbericht und in wei-	
Prämientarif	20	teren Schriftstücken abgeben.	
Fälligkeit, Prämienzahlung	21	1.2 Abweichende Bestimmungen in den Zusätzlichen oder	
Mahnung, Zahlungsverzug	22	Besonderen Versicherungsbedingungen gehen den vor-	
Rückerstattung der Prämien	23	liegenden AVB vor. Insbesondere gelten für Versicherte,	
Anpassung des Prämientarifs	24	welche eine besondere Form der obligatorischen Kran-	
Änderung der Prämienabstufung	25	kenpflegeversicherung nach Art. 62 KVG führen (z. B.	
Rückzahlung von Kostenbeteiligungen	26	HMO, Hausarztmodell), die jeweils anwendbaren Be-	
		sonderen Versicherungsbedingungen (BVB).	
VI. Pflichten und Anspruchsbegründung		1.3 Soweit in diesen Unterlagen ein Sachverhalt nicht	
Pflicht zur ärztlichen Behandlung,		ausdrücklich geregelt ist, gilt das Bundesgesetz über	
Auskunftspflicht	27	den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG).	
Meldepflicht bei ambulanter Behandlung	28	2 Versicherer, versicherte Personen	
Meldepflicht bei stationärer Behandlung	29	2.1 Versicherer im Sinne der nachfolgenden Bestimmun-	
Meldepflicht bei Kuren	30	gen ist die CONCORDIA Versicherungen AG, Luzern,	
Anspruchsbegründung	31	im Folgenden CONCORDIA genannt.	
		2.2 Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen.	
VII. Einschränkungen des Versicherungsschutzes		3 Antragstellung	
Ausschlüsse	32	3.1 Zur Aufnahme in die Versicherung oder bei Versiche-	
Kürzungen	33	rungsänderungen ist das dafür vorgesehene Antrags-	
Leistungen Dritter, Subsidiarität	34	formular wahrheitsgetreu und vollständig auszufüllen	
Vorleistungen, Regressrecht	35		

und dem Versicherer zuzustellen. Das Gleiche gilt für allfällig verlangte ergänzende Angaben. Der Entscheid kann vom Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden.

- 3.2 Ein neugeborenes Kind kann auf den Tag der Geburt versichert werden, wenn das Antragsformular vor der Geburt beim Versicherer eingetroffen ist.
- 3.3 Hat die antragstellende oder die versicherte Person bei der Beantwortung der Fragen eine erhebliche Tatsache, die sie kannte oder hätte kennen müssen, insbesondere zum Zeitpunkt des Versicherungsantrages bestehende oder vorher bestandene Krankheiten oder Unfallfolgen, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag innert vier Wochen, nachdem er von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat, schriftlich zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang bei der versicherungsnehmenden Person wirksam.
- 3.4 **Treten nach erfolgter Beantwortung der Fragen bis zum Abschluss der Versicherung gesundheitliche Veränderungen ein, so muss dies die antragstellende oder die versicherte Person dem Versicherer unverzüglich schriftlich mitteilen und die Beantwortung der Fragen ergänzen oder berichtigen.** Wird diese Nachmeldepflicht verletzt, so ist der Versicherer berechtigt, die Versicherung innert vier Wochen nachdem er von der Verletzung Kenntnis erhalten hat, schriftlich zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang bei der versicherungsnehmenden Person wirksam.

II. Umfang der Versicherungen

4 Gegenstand der Versicherungen

- 4.1 Versicherbar sind die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und zur Unfallversicherung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG). Die Leistungen werden im Nachgang zu diesen obligatorischen Versicherungen erbracht.
- 4.2 Einzelheiten zu den verschiedenen Versicherungen sind in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) geregelt.

5 Aufnahme in die Versicherungen

- 5.1 Der Versicherer ist berechtigt, einzelne Krankheiten und Unfallfolgen unter Vorbehalt zu stellen oder die Versicherungen ganz abzulehnen.
- 5.2 Kein Vorbehalt wird bei der Aufnahme von Kindern angebracht, wenn der Versicherungsantrag vor der Geburt gestellt wird. Vorbehalten bleiben abweichende Bestimmungen in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB).

6 Örtlicher Geltungsbereich

- 6.1 Die Versicherungen gelten weltweit.
- 6.2 Leistungen im Ausland werden ausgerichtet, soweit dies in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) vorgesehen ist.
- 6.3 Bei Weiterführung der Versicherungen im Ausland gemäss Art. 16.4 oder 16.5 ist der Abschluss einer neuen Pflegezusatzversicherung oder eine Versicherungserhöhung nicht möglich.

III. Begriffsbestimmungen

7 Schriftform, gleichgestellte Textform

Der Schriftform grundsätzlich gleichgestellt sind andere Formen, die den Nachweis durch Text ermöglichen. Der Versicherer kann auf der Website (www.concordia.ch) und in den Kundeninformationen gemäss Art. 3 VVG Vorgaben zu den anderen Formen machen, damit sie als der Schriftform gleichgestellt gelten. Vorbehalten bleiben zwingende Gesetzesvorschriften sowie die Rechtsprechung dazu. Die Verwendung der anderen Formen kann mit erhöhten datenschutzrechtlichen Risiken verbunden sein. Der Versicherer haftet nicht für Verhalten, das die versicherungsnehmende Person selber zu verantworten hat.

8 Krankheit, Mutterschaft

- 8.1 Als Krankheit gilt jede vom Willen der versicherten Person unabhängige, medizinisch wahrnehmbare körperliche oder geistige Gesundheitsstörung, die ärztliche Behandlung notwendig macht und nicht auf einen Unfall oder eine unfallähnliche Körperschädigung entsprechend der Definition in der obligatorischen Unfallversicherung zurückzuführen ist.
- 8.2 Schwangerschaft und Geburt sind der Krankheit gleichgestellt, sofern die Versicherung der Mutter bei der Niederkunft während mindestens eines Jahres bestanden hat.

9 Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper sowie unfallähnliche Körperschädigungen entsprechend der Definition in der obligatorischen Unfallversicherung.

10 Leistungserbringer

Als Leistungserbringer im Sinne des Vertrages gelten Personen, Anstalten und Einrichtungen, die gemäss Art. 35 ff. KVG zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder gemäss Art. 53 UVG zur Tätigkeit zu Lasten der Unfallversicherung zugelassen sind und die dort aufgestellten Voraussetzungen erfüllen.

- 11 Versicherungsperiode**
Als Versicherungsperiode gilt das Kalenderjahr.

IV. Beginn und Ende der Versicherungen

- 12 Beginn des Versicherungsschutzes**
Die Versicherungen können auf den ersten Tag eines jeden Monats abgeschlossen werden. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherer den Antrag schriftlich angenommen hat, frühestens jedoch am Tag des beantragten Versicherungsbeginns bzw. an dem in der Police bezeichneten Tag.

- 13 Widerruf**
Die versicherungsnehmende Person kann ihren Antrag zum Abschluss des Vertrags oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald die versicherungsnehmende Person den Vertrag beantragt oder angenommen hat.

14 Vertragsdauer

- 14.1 Der Vertrag ist für die auf der Police angegebene feste Vertragsdauer abgeschlossen. Er verlängert sich danach jeweils stillschweigend um ein Jahr, sofern nicht die versicherungsnehmende Person den Vertrag auf Ende der Vertragsdauer gekündigt hat.
- 14.2 Ist auf der Police keine feste Vertragsdauer vereinbart, werden die Versicherungen auf Lebenszeit der versicherten Person abgeschlossen.

15 Ersatzpolice

Wird eine Police ersetzt, so werden bisher bezogene Leistungen, die vertragsgemäss betraglich oder zeitlich beschränkt sind, bei der Bemessung künftiger Leistungen angerechnet.

16 Ende der Versicherungen

Die Versicherungen erlöschen:

- 16.1 Mit dem Tod der versicherten Person.
- 16.2 Durch Widerruf oder Kündigung.
- 16.3 Durch Rücktritt der versicherungsnehmenden Person oder des Versicherers (Art. 22.2).
- 16.4 Bei Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ins Ausland sobald die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG endet.
- 16.5 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland während mehr als zwölf Monaten, sobald die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG endet.
- Die Sistierung der Versicherungen bleibt vorbehalten.

17 Kündigung

- 17.1 Die versicherungsnehmende Person kann die Versicherungen kündigen:

- Bei Verträgen mit fester Vertragsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende der Vertragsdauer.
- Bei auf Lebenszeit abgeschlossenen Versicherungen nach einer Mindestvertragsdauer von einem Jahr unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende jeder Versicherungsperiode. Die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) oder die Police können für einzelne Versicherungen eine längere Mindestvertragsdauer von höchstens drei Jahren vorsehen.
- Bei Anpassung der Prämientarife oder der Kostenbeteiligungsregelungen (Art. 24).
- Bei Anpassung der Versicherungsbedingungen (Art. 42).
- Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer Leistungen erbracht hat, spätestens 14 Tage nachdem sie von der Auszahlung Kenntnis erhalten hat.
- Jederzeit aus wichtigem Grund im Sinn von Art. 35b VVG.

- 17.2 Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der Kündigungsfrist beim Versicherer eingegangen ist.

- 17.3 Dem Versicherer stehen weder das ordentliche Kündigungsrecht noch das Kündigungsrecht im Schadenfall zu. Vorbehalten bleibt das Kündigungsrecht des Versicherers bei Anzeigepflichtverletzungen sowie bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch.

18 Erlöschen des Leistungsanspruches

Der Anspruch auf Leistungen (einschliesslich der Leistungen für frühere oder laufende Krankheits-, Unfall- oder Zahnbehandlungen) erlischt, vorbehaltlich periodischer Leistungsverpflichtungen im Sinn von Art. 35c VVG, mit dem Ende der Versicherung bzw. dem Ausschluss der entsprechenden Versicherungsdeckung.

19 Sistierung

- 19.1 Eine Sistierung der Versicherungen kann während einer Wohnsitznahme oder eines Aufenthaltes im Ausland gegen eine Prämienreduktion während höchstens 2 Jahren gewährt werden, sofern die versicherte Person in der Schweiz nicht obligatorisch krankenpflegeversichert ist.
- 19.2 Der Antrag auf Sistierung muss vor der Ausreise mit einem schriftlichen Gesuch und allen notwendigen Dokumenten (z.B. Abmeldebestätigung) bei der CONCORDIA eingereicht werden. Es besteht kein Anspruch auf eine Sistierung.
- 19.3 Während der Dauer einer Sistierung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Versicherungserhöhungen sind während der Dauer einer Sistierung nicht möglich.

- 19.4 Für die wirtschaftlichen Folgen eines während der Dauer einer Sistierung eingetretenen Risikos (Krankheit, Unfall oder Mutterschaft) besteht während und nach Ablauf einer Sistierung keine Versicherungsdeckung.
- 19.5 Bei Wegfall des Sistierungsgrundes (z. B. Rückkehr aus dem Ausland und Wiederinkrafttreten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz) oder nach Ablauf von 2 Jahren endet die Sistierung. Die versicherungsnehmende bzw. die versicherte Person ist verpflichtet, sich bei der CONCORDIA zu melden.

V. Prämien und Kostenbeteiligungen

20 Prämientarif

- 20.1 Die Prämien werden pro Versicherungsperiode (Art. 11) berechnet und in den Prämientarif aufgenommen.
- 20.2 Der Prämientarif kann eine Abstufung der Prämien nach Alter, Geschlecht, Beruf, Tätigkeit, zivilrechtlichem Wohnsitz der versicherten oder Sitz der versicherungsnehmenden Person vorsehen. Ändert der Beruf, die Tätigkeit, der zivilrechtliche Wohnsitz der versicherten oder der Sitz der versicherungsnehmenden Person, ist dies dem Versicherer umgehend schriftlich bekannt zu geben. Die Prämien können vom Zeitpunkt der Änderung an angepasst werden.
- 20.3 Die massgeblichen Altersklassen sind die folgenden:
- 0-15 Jahre.
 - Danach Altersklassen in 5-Jahres-Abschnitten.
 - Bis zur Endaltersklasse von 61 Jahren und älter.
- Die Prämie erhöht sich ab Erreichen der nächsthöheren Altersklasse. Abweichende Altersklassen in den ZVB bleiben vorbehalten.

21 Fälligkeit, Prämienzahlung

- 21.1 Die Jahresprämie ist im Voraus zu bezahlen. Sie ist jeweils am 1. Januar eines jeden Jahres fällig, bei unterjährigem Beginn der Versicherung mit Zustellung der Rechnung für die entsprechende Restzeit eines Jahres.
- 21.2 Gegen einen Prämienzuschlag kann Ratenzahlung vereinbart werden. Die Raten sind ebenfalls im Voraus zu bezahlen.
- 21.3 Führt die versicherungsnehmende Person mehrere Versicherungen (inkl. obligatorische Krankenpflegeversicherung), muss sie einen einheitlichen Zahlungsmodus wählen.
- 21.4 Ist Ratenzahlung vereinbart, gelten die im Verlauf des Jahres fällig werdenden Raten lediglich als gestundet.
- 21.5 Ist die versicherungsnehmende Person mit der Zahlung einer vereinbarten Rate in Verzug, wird die Restprämie für die laufende Versicherungsperiode sofort zur Zahlung fällig.

22 Mahnung, Zahlungsverzug

- 22.1 Wird die Prämie nicht bis zum Fälligkeitsdatum entrichtet, wird die versicherungsnehmende Person unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert,

innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung die ausstehenden Prämien zu bezahlen. Bleibt diese Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.

- 22.2 Wird die rückständige Prämie nicht binnen zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist gemäss Art. 22.1 rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass der Versicherer, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrag zurücktritt.
- 22.3 Wird die Prämie vom Versicherer 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. Der Versicherer wird für Versicherungsfälle, die sich während der Verzugsdauer und nach Ablauf der Mahnfrist ereignen, nicht leistungspflichtig.

23 Rückerstattung der Prämien

- 23.1 Wird die Versicherung aus gesetzlichen oder vertraglichen Gründen vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsperiode aufgehoben, so erstattet der Versicherer die bezahlte Prämie, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode fällt, zurück bzw. fordert später zur Zahlung fällig werdende Raten nicht mehr ein.
- 23.2 Diese Regelung gilt nicht, wenn die versicherungsnehmende Person im Schadenfall den Vertrag vor Ablauf des ersten Versicherungsjahres kündigt.

24 Anpassung des Prämientarifs

Ändern die Prämientarife oder die Kostenbeteiligungsregelungen, kann der Versicherer die Anpassung der Versicherung auf den ersten Tag der kommenden Versicherungsperiode verlangen. Zu diesem Zweck hat er der versicherungsnehmenden Person die neuen Vertragsbedingungen spätestens 25 Tage vor deren Inkrafttreten schriftlich bekannt zu geben. Die versicherungsnehmende Person hat hierauf das Recht, die Versicherung auf Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen. Macht sie davon Gebrauch, so erlischt die Versicherung mit Ablauf der laufenden Versicherungsperiode. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag der laufenden Versicherungsperiode beim Versicherer eintreffen. Unterlässt die versicherungsnehmende Person die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.

25 Änderung der Prämienabstufung

- 25.1 Bewirkt eine Änderung der Prämienabstufung nach Alter, Beruf, Tätigkeit, zivilrechtlichem Wohnsitz der versicherten oder Sitz der versicherungsnehmenden Person eine Prämienänderung, so kann der Versicherer ab dem Zeitpunkt der Änderung die Prämien entsprechend anpassen.
- 25.2 Ein Kündigungsgrund im Sinne von Art. 24 liegt nicht vor, ausser wenn die Prämienänderung wegen einer Änderung der Prämienabstufung nach Alter erfolgt.

26 Rückzahlung von Kostenbeteiligungen

- 26.1 Im Falle von Direktzahlungen an die Leistungserbringer ist die versicherungsnehmende Person verpflichtet, vereinbarte Franchisen und Selbstbehalte innert 30 Tagen seit Rechnungsstellung dem Versicherer zurückzuerstatten.
- 26.2 Kommt die versicherungsnehmende Person ihrer Zahlungspflicht nicht nach, gilt Art. 22 sinngemäss.

VI. Pflichten und Anspruchsbegründung

27 Pflicht zur ärztlichen Behandlung, Auskunftspflicht

- 27.1 Führt eine Krankheit oder ein Unfall voraussichtlich zu Leistungen, ist sobald als möglich für eine fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Die versicherte Person ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen oder den Anordnungen anderer Leistungserbringer Folge zu leisten.
- 27.2 Der Versicherer ist berechtigt, von den Leistungserbringern zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse, einzuholen. Die versicherungsnehmende bzw. versicherte Person hat zudem vollständig und wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf den Schadenfall sowie auf frühere Krankheiten und Unfälle bezieht, und entbindet die Leistungserbringer, die sie behandeln oder behandelt haben, von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer.
- 27.3 Die versicherte Person ist auf Anordnung überdies verpflichtet, sich einer Untersuchung durch vom Versicherer beauftragte Ärztinnen oder Ärzte zu unterziehen.

28 Meldepflicht bei ambulanter Behandlung

Bei ambulanter Behandlung sind die entsprechenden detaillierten Rechnungen und Belege nach Abschluss der Behandlung, mindestens aber einmal jährlich einzusenden. Der Versicherer kann das Original verlangen.

29 Meldepflicht bei stationärer Behandlung

- 29.1 Der Eintritt in ein Spital ist unverzüglich, spätestens aber nach fünf Tagen zu melden.
- 29.2 Auf Verlangen des Leistungserbringers oder der versicherten Person wird bei Eintritt in ein Spital eine Kostengutsprache ausgestellt.

30 Meldepflicht bei Kuren

Die ärztliche Kurverordnung ist rechtzeitig vor Antritt der Kur einzureichen, unter Angabe der Kuranstalt oder des Heilbades und des Datums des Kurantritts.

31 Anspruchsbegründung

- 31.1 Werden von der versicherten Person Leistungen geltend gemacht, so sind sämtliche ärztlichen Zeugnisse,

Berichte, Belege und Rechnungen von Leistungserbringern einzureichen. Der Versicherer kann das Original verlangen.

- 31.2 Sind für eine Krankheit oder für Unfallfolgen neben dem Versicherer auch andere Sozial- oder Privatversicherer leistungspflichtig (z. B. Invalidenversicherung, Militärversicherung, andere Kranken- und Unfallversicherungen), so sind zusätzlich zu den erwähnten Unterlagen auch die Abrechnungen dieser Versicherer einzureichen.
- 31.3 Die versicherungsnehmende bzw. versicherte Person hat den Versicherer über Art und Ausmass aller Leistungen zu orientieren, die sie bei Krankheit oder Unfall von aus unerlaubter Handlung, Vertrag oder Gesetz leistungspflichtigen Dritten beanspruchen kann oder ausbezahlt erhält.
- 31.4 Die Leistungen des Versicherers aus dem Versicherungsvertrag verjähren in fünf Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

VII. Einschränkungen des Versicherungsschutzes

32 Ausschlüsse

- 32.1 Krankheiten und Unfälle sowie deren Komplikationen und Spätfolgen, die in Zusammenhang mit nachstehenden Ereignissen auftreten, sind von der Versicherung ausgeschlossen:
- Folgen von kriegerischen Ereignissen in der Schweiz oder im Ausland. Wird die versicherte Person jedoch im Land, wo sie sich aufhält, vom Ausbruch solcher Ereignisse überrascht, erlischt der Versicherungsschutz erst 14 Tage nach deren erstmaligem Auftreten.
 - Ausländischer Militärdienst.
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten.
 - Teilnahme an Unruhen, Demonstrationen oder ähnlichen Anlässen.
 - Vorsätzliche oder grobfahrlässige Ausübung von Verbrechen und Vergehen.
 - Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, die versicherte Person sei unbeteiligt oder bei Hilfeleistungen für Wehrlose durch die Streitenden verletzt worden.
 - Gefahren, denen sich die versicherte Person dadurch aussetzt, dass sie andere stark provoziert.
 - Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie.
 - Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Alkohol- und Medikamentenmissbrauch.
 - Versuchte oder vollendete Selbsttötung oder Selbstverstümmelung.

Die vorstehenden Ausschlussgründe greifen auch dann, wenn sie nur Teilursache einer Krankheit oder eines Unfalls sind.

- 32.2 Keine Leistungen werden zudem ausgerichtet für:
- Behandlung von Adipositas (inkl. Komplikationen und Spätfolgen).
 - Behandlungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach wissenschaftlichen Methoden nicht nachgewiesen sind (inkl. Komplikationen und Spätfolgen).
 - Künstliche Befruchtung sowie Sterilitätsbehandlungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen).
 - Kosmetische Behandlungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen).
 - Geschlechtsumwandlungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen).
 - Kostenbeteiligungen (Franchisen und Selbstbehalte) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und anderer Versicherungen.

33 Kürzungen

Die versicherten Leistungen werden gekürzt und in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert:

- Wenn die versicherungsnehmende bzw. versicherte Person ihren Verpflichtungen und Obliegenheiten nicht nachkommt, es sei denn, sie weist nach, dass die Pflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist, oder dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des versicherten Ereignisses und auf den Umfang der vom Versicherer geschuldeten Leistung hatte.
- Bei grobfahrlässiger Herbeiführung des versicherten Ereignisses durch die versicherungsnehmende bzw. versicherte Person.
- Bei Unfällen als Folge von Wagnissen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnisse zu betrachten sind.

34 Leistungen Dritter, Subsidiarität

34.1 Die Leistungen der Pflegezusatzversicherungen werden im Nachgang zu den Leistungen gemäss der schweizerischen Bundesgesetzgebung über die Kranken-, Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung sowie entsprechender ausländischer Versicherungsträger erbracht. Hat die versicherte Person Anspruch auf Leistungen der genannten Sozialversicherungen, werden die Leistungen nur gewährt, wenn der Fall diesen Versicherungsträgern rechtzeitig angemeldet worden ist.

34.2 Bestehen privatrechtliche Versicherungsverträge bei mehreren leistungspflichtigen Versicherern, so werden die Leistungen gesamthaft nur einmal vergütet. In diesem Fall wird ermittelt, wie viel jeder Versicherer aus der bei ihm bestehenden Versicherung zu zahlen hätte, wenn er allein leistungspflichtig wäre, und hierauf die Gesamtsumme dieser Leistungen

errechnet. Jeder Versicherer hat nur jenen Teil zu übernehmen, der seinem Anteil der Gesamtsumme entspricht.

34.3 Sind für die Folgen von Krankheit und Unfall haftpflichtige Dritte oder deren Haftpflichtversicherer leistungspflichtig, werden Leistungen nur gewährt, wenn diese ihre Leistungen erbracht haben, und nur in dem Masse, als unter Berücksichtigung dieser Leistungen der versicherten Person kein Gewinn erwächst. Vorleistungen gemäss Art. 35 bleiben vorbehalten.

34.4 Kürzt oder verweigert ein anderer Versicherer seine Leistungen aus Gründen, welche auch gemäss Art. 33 zu einer Leistungskürzung berechtigen, so wird der durch die Kürzung des anderen Versicherers bedingte Ausfall nicht ersetzt.

35 Vorleistungen, Regressrecht

35.1 Der Versicherer kann vorschussweise Leistungen entrichten unter der Bedingung, dass die versicherte Person ihre Rechte gegenüber Dritten bis zur Höhe der erbrachten Vorleistungen abtritt und sich verpflichtet, nichts zu unternehmen, was der Geltendmachung des allfälligen Rückgriffsrechts gegenüber Dritten entgegenstehen könnte.

35.2 Keine Leistungspflicht besteht, wenn die versicherte Person ohne Zustimmung des Versicherers mit einem leistungspflichtigen Dritten einen teilweisen oder gänzlichen Verzicht auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen oder eine Kapitalabfindung vereinbart hat.

VIII. Verschiedenes

36 Zahlungspflicht

Honorarschuldnerin gegenüber den Leistungserbringern ist grundsätzlich die versicherte Person. Die versicherungsnehmende bzw. versicherte Person akzeptiert jedoch anders lautende Verträge zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern, welche die Direktzahlung an den Leistungserbringer vorsehen.

37 Honorarvereinbarungen und Tarife

Honorarvereinbarungen zwischen der versicherten Person und dem Leistungserbringer sind für den Versicherer nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen der vom Versicherer anerkannten Tarife.

38 Erfüllungsort und Gerichtsstand

38.1 Die Verpflichtungen aus diesem Vertrag sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.

38.2 Bei Streitigkeiten aus diesem Vertrag steht der versicherungsnehmenden bzw. der versicherten Person wahlweise der Gerichtsstand Luzern oder der Gerichtsstand ihres schweizerischen Wohnsitzes zur Verfügung.

39 Mitteilungen

- 39.1 Alle Mitteilungen können rechtsgültig an den Hauptsitz der CONCORDIA oder an die in der Police bezeichnete Vertretung gerichtet werden.
- 39.2 Werden die Zusatzversicherungen der CONCORDIA durch einen anderen Versicherer vermittelt, gelten die ihm zugestellten Mitteilungen und Anzeigen als an die CONCORDIA selbst erfolgt.
- 39.3 Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die von der versicherungsnehmenden Person zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.
- 39.4 Mitteilungen können auch in elektronischer Form erfolgen. Der Versicherer kann auf der Website (www.concordia.ch) und in den Kundeninformationen gemäss Art. 3 VVG Vorgaben zur elektronischen Form machen, damit die Mitteilungen als rechtsgültig zugestellt gelten. Vorbehalten bleiben zwingende Gesetzesvorschriften sowie die Rechtsprechung dazu.

40 Besondere Vereinbarungen

Vereinbarungen ausserhalb dieser Bestimmungen verpflichten den Versicherer nur, wenn sie von seinem Hauptsitz schriftlich bestätigt wurden.

41 Verrechnung, Abtretung, Verpfändung und Rückerstattung

- 41.1 Die versicherungsnehmende bzw. die versicherte Person hat gegenüber dem Versicherer kein Recht, ausstehende Prämien mit Leistungsansprüchen zu verrechnen.
- 41.2 Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Versicherers abgetreten oder verpfändet werden.
- 41.3 Von der versicherten Person zu Unrecht bezogene Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

42 Anpassung der Versicherungsbedingungen

- 42.1 Der Versicherer ist berechtigt, die Versicherungsbedingungen anzupassen, insbesondere bei:
 - 42.1.1 Ausweitung der Anzahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern
 - 42.1.2 Entwicklung der modernen Medizin
 - 42.1.3 Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapieformen (z. B. Medikamente, Operationsformen, Diagnostik-techniken)
 - 42.1.4 Änderung von Leistungsbestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) oder dessen Ausführungserlassen
- 42.2 Werden die Versicherungsbedingungen aus solchen Gründen angepasst, gelten für die versicherungsnehmende und die versicherte Person und den Versicherer die neuen Bedingungen. Der Versicherer teilt der versicherungsnehmenden Person die Anpassungen spätestens 25 Tage vor deren Inkrafttreten schriftlich mit. Die versicherungsnehmende Person hat hierauf das Recht, die Versicherung auf Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen. Macht sie davon Gebrauch, so

erlischt die Versicherung mit Ablauf der laufenden Versicherungsperiode. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag der laufenden Versicherungsperiode beim Versicherer eintreffen. Unterlässt die versicherungsnehmende Person die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.

43 Bestandesschutz gegenüber den Anpassungen per 1. Januar 2022

- 43.1 Soweit sich die per 1. Januar 2022 vorgenommenen Anpassungen dieser AVB oder der ZVB zulasten der versicherten Person auswirken, finden auf Pflegezusatzversicherungen, die vor 2022 abgeschlossen wurden, die Bestimmungen der bis am 31. Dezember 2021 geltenden AVB oder ZVB Anwendung. Im Übrigen gelten die neuen AVB oder ZVB.
- 43.2 Der Bestandesschutz greift insbesondere hinsichtlich der folgenden Leistungsbereiche:
 - Grenzgänger (Art. 6.3 AVB, Ausgabe 2007; Art. 25 Abs. 2 ZVB DIVERSA, Ausgabe 2017)
 - Privattarife (Art. 36.2 AVB, Ausgabe 2007)
 - Hilfsmittel (Art. 16 ZVB DIVERSA, Ausgabe 2017)
 - Badekuren (Art. 5 ZVB DIVERSA, Ausgabe 2017; Art. 10 ZVB Spitalversicherung, Ausgabe 2010; Art. 13 Spitalversicherung LIBERO, Ausgabe 2007)
 - Wahlrecht während des Spitalaufenthaltes (Art. 7.2 ZVB Spitalversicherung LIBERO, Ausgabe 2007)
 - Behandlung durch Verwandte und Personen im selben Haushalt (neu eingefügter Satz 3 von Art. 6 ZVB NATURA, Ausgabe 2022, kommt nicht zur Anwendung)

44 Anwendung des am 1. Januar 2022 in Kraft tretenden revidierten Versicherungsvertragsgesetzes

Für Pflegezusatzversicherungen, die vor 2022 abgeschlossen wurden, gilt das am 1. Januar 2022 in Kraft getretene revidierte Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) lediglich im Rahmen der Übergangsbestimmung von Art. 103a VVG.

CONCORDIA
gemeinsam gesund

Bundesplatz 15
6002 Luzern
Telefon +41 41 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch