

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenzusatzversicherungen (KZV)

Inhaltsverzeichnis

- 1 Gegenstand der Versicherung
- 2 Versicherungsmöglichkeiten
- 3 Versicherte Personen
- 4 Vertragsgrundlagen
- 5 Örtlicher Geltungsbereich
- 6 Definitionen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft
- 7 Anerkannte Leistungserbringer
- 8 Beginn und Dauer der Versicherung
- 9 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- 10 Kündigungsverzicht und Anpassung der AVB und ZVB
- 11 Prämienanpassung
- 12 Prämienzahlung
- 13 Rückzahlung von Jahresfranchisen und Selbstbehalt
- 14 Rückerstattung der Prämie
- 15 Änderung von Prämientarif, Franchise und Selbstbehalt
- 16 Versicherung für Kinder
- 17 Obliegenheiten bei Aufnahme in die Versicherung und während deren Dauer
- 18 Obliegenheiten im Schadenfall
- 19 Verletzung der Anzeigepflichten oder Obliegenheiten
- 20 Zahlungspflicht
- 21 Honorarvereinbarungen
- 22 Leistungsausschlüsse
- 23 Subsidiarität und Leistungen Dritter
- 24 Vorleistung und Regressrecht
- 25 Verrechnung
- 26 Verpfändung und Abtretung von Leistungen
- 27 Tarife der Leistungserbringer
- 28 Sistierung der Versicherungsdeckung
- 29 Kundenkarte
- 30 Mitteilungen
- 31 Gerichtsstand

Die Helsana Zusatzversicherungen AG ist Trägerin der Versicherungen nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und wird im Folgenden sowie in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) als «Versicherer» bezeichnet. Die Versicherungsleistungen werden von der Helsana Zusatzversicherungen AG in ihrer Eigenschaft als Partei des Versicherungsvertrages erbracht, soweit die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) nichts Abweichendes festhalten.

sansan ist ermächtigt, Anzeigen und Mitteilungen für die Helsana Zusatzversicherungen AG entgegenzunehmen und ihre Mitteilungen und Anzeigen an die Versicherungsnehmer und versicherten Personen zu kommunizieren. Anzeigen und Mitteilungen an sansan gelten als rechtsgültig an die Helsana Zusatzversicherungen AG erfolgt.

Einleitung

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gelten für die Krankenzusatzversicherungen. Einzelheiten über die verschiedenen Leistungen der einzelnen Versicherungsprodukte sowie Abweichungen von den AVB finden sich in Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB).

Die Begriffe «versicherte Person», «Anspruchsberechtigter», «Versicherungsnehmer» sowie «Antragsteller» sind geschlechtsneutral zu verstehen.

1 Gegenstand der Versicherung

Versichert sind durch die Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen sowie nach Massgabe der Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall während der Dauer, in welcher die Versicherung besteht.

2 Versicherungsmöglichkeiten

2.1 Der Vertrag kann die folgenden Versicherungen umfassen:

- a) TOP Krankenpflege-Zusatzversicherung für spezielle Leistungen
- b) SANA Krankenpflege-Zusatzversicherung für Prävention und Komplementärmedizin
- c) HOSPITAL Spitalzusatzversicherung
- d) HOSPITAL CLASSICA Spitalzusatzversicherung
- e) HOSPITAL BONUS Spitalzusatzversicherung
- f) HOSPITAL LIMITA Spitalbehandlungskosten-Versicherung
- g) HOSPITAL VARIA Spitalgeldversicherung
- h) COMPLETA Krankenpflege-Zusatzversicherung für komplette Leistungen

- i) CURA Langzeitpflege-Versicherung
 - k) DENTA Zahnpflegeversicherung
 - l) SALARIA Taggeldversicherung
 - m) CASA Haushalttaggeldversicherung
 - n) HOSPITAL ALBERGO Spitalzusatzversicherung
 - o) HOSPITAL PUR Spitalzusatzversicherung
 - p) WORLD Auslandschutz-Versicherung
- 2.2 In der Versicherungspolice ist aufgeführt, welche Versicherungen abgeschlossen und ob Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) vereinbart wurden.

3 Versicherte Personen

Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen.

4 Vertragsgrundlagen

Der Versicherungsvertrag unterliegt, soweit nicht die Vertragsbestimmungen eine abweichende Regelung enthalten, den Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).

5 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt, wo nicht etwas anderes festgehalten ist, auf der ganzen Welt.

6 Definitionen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft

- 6.1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- 6.2 Schwangerschaft und Niederkunft sind den Krankheiten gleichgestellt, sofern die Mutter bei der Niederkunft während mindestens 365 Tagen beim Versicherer für Krankheit versichert gewesen und die Versicherungsdeckung für Mutterschaftsleistung nicht ausgeschlossen ist.
- 6.3 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit zur Folge hat.
- 6.4 Folgende Körperschädigungen sind auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:
- a) Knochenbrüche, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung zurückzuführen sind
 - b) Verrenkungen von Gelenken
 - c) Meniskusrisse
 - d) Muskelrisse
 - e) Muskelzerrungen

- f) Sehnenrisse
- g) Bandläsionen
- h) Trommelfellverletzungen

Diese Aufzählung ist abschliessend.

7 Anerkannte Leistungserbringer

- 7.1 Als anerkannte Leistungserbringer gelten diejenigen Personen und Einrichtungen, die durch die Krankenversicherungsgesetzgebung als solche anerkannt sind.
- 7.2 Abweichungen von Ziff. 7.1 sind in den ZVB geregelt.

8 Beginn und Dauer der Versicherung

- 8.1 Die Versicherungsdeckung beginnt, sobald der Versicherer den Antragstellern die Annahme des Antrages mitgeteilt hat, frühestens jedoch ab dem in der Police aufgeführten Tag.
- 8.2 Die Mindestversicherungsdauer beträgt 1 Jahr. Die Versicherungsperiode dauert jeweils vom 1. Januar bis 31. Dezember. Für Versicherungsabschlüsse während des Kalenderjahres wird die Prämie für die Restzeit der Versicherungsperiode erhoben. Der Vertrag verlängert sich am Ablaufdatum und nach jedem folgenden Versicherungsjahr stillschweigend um ein weiteres Jahr.
- 8.3 Die Versicherung erlischt
- a) mit dem Tod der versicherten Person;
 - b) mit dem Erreichen des vereinbarten Alters, bis zu welchem der Versicherer Versicherungsschutz gewährt;
 - c) mit der Kündigung durch den Versicherungsnehmer nach Ablauf der vertraglichen Kündigungsfrist;
 - d) bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von mehr als 5 Jahren, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde;
 - e) bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, grundsätzlich auf Ende des Kalenderjahres, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde;
 - f) in der Taggeldversicherung bei Aufgabe der Erwerbstätigkeit, spätestens bei Erreichen des 70. Altersjahres.

9 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- 9.1 Die Versicherung kann für jede einzelne versicherte Person nach ununterbrochener einjähriger Versicherungsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres durch den Versicherungsnehmer gekündigt werden.
- 9.2 Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag des Monats vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist dem Versicherer zugekommen ist.

- 9.3 Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung erbringen muss, kann der Versicherungsnehmer innert 14 Tagen seit Auszahlung der Entschädigung oder seit entsprechender Kenntnisaufnahme den Vertrag kündigen. Die Versicherungsdeckung erlischt mit dem Eintreffen dieser Mitteilung beim Versicherer.

10 Kündigungserzicht und Anpassung der AVB und ZVB

- 10.1 Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, auf Vertragsablauf zu kündigen und im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten. Vorbehalten bleibt der Rücktritt bei vertragswidrigem Verhalten.
- 10.2 Der Versicherer ist aus einem der nachstehend aufgeführten Gründe berechtigt, die Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (AVB und ZVB) anzupassen:
- a) Ausweitung der Anzahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern;
 - b) Entwicklungen der modernen Medizin;
 - c) Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapieformen, wie z.B. Operationstechniken, Medikamente und ähnliches;
 - d) Leistungsänderungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
- 10.3 Werden im Laufe der Versicherung die Allgemeinen oder Zusätzlichen Versicherungsbedingungen aufgrund der Bestimmungen gemäss Ziff. 10.2 angepasst, gelten für den Versicherungsnehmer und den Versicherer die neuen Bedingungen. Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern diese Anpassungen schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit diesen Anpassungen nicht einverstanden sind, können die entsprechende Versicherung oder den gesamten Vertrag auf das Datum der Anpassung kündigen. Erhält der Versicherer innert 30 Tagen keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Neuregelung der Versicherungen.

11 Prämienanpassung

- 11.1 Die Prämien werden grundsätzlich dem Lebensalter der versicherten Personen entsprechend angepasst.
- 11.2 Die Prämien für über 65-jährige Versicherte betragen maximal das Dreifache der Prämien für 30-jährige, und für über 70-jährige maximal das Vierfache der Prämien für 30-jährige.
- 11.3 Hat ein Wohnsitzwechsel eine Prämienanpassung zur Folge, wird die Prämie auf diesen Zeitpunkt angepasst.

12 Prämienzahlung

- 12.1 Die Prämien sind für die ganze Versicherungsperiode von einem Jahr im Voraus geschuldet.
- 12.2 Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, so wird er unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung für die ganze Versicherungsperiode zu leisten, ungeachtet allfällig vereinbarter Ratenzahlungen. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.
- 12.3 Für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, kann ein Leistungsanspruch selbst bei nachträglicher Zahlung der Prämie nicht geltend gemacht werden.

13 Rückzahlung von Jahresfranchisen und Selbstbehalt

- 13.1 Im Falle von Direktzahlungen an die Leistungserbringer durch den Versicherer ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, vereinbarte Jahresfranchisen und/oder Selbstbehalte innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung des Versicherers zurückzuerstatten.
- 13.2 Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, gelten Ziff. 12.2 und 12.3 AVB sinngemäss.

14 Rückerstattung der Prämie

- 14.1 Sofern die Prämie für eine bestimmte Versicherungsdauer vorausbezahlt wurde und der Vertrag aus einem gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Grunde vor Ende dieser Dauer aufgehoben wird, bezahlt der Versicherer die auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfallende Prämie zurück.
- 14.2 Die Prämie für das laufende Versicherungsjahr ist jedoch ganz geschuldet, wenn der Vertrag beim Erlöschen weniger als 1 Jahr in Kraft war und der Versicherungsnehmer die Aufhebung veranlasst oder verschuldet hat.
- 14.3 Die Regelung gemäss Ziff. 14.1 gilt nicht, wenn der Vertrag im Schadenfall gekündigt wird oder wenn der Versicherungsnehmer Obliegenheiten gegenüber dem Versicherer verletzt hat.

15 Änderung von Prämientarif, Franchise und Selbstbehalt

Der Versicherer kann Prämientarif, Franchise oder Selbstbehalt aufgrund der Kostenentwicklung, des Schadenverlaufs sowie wegen Anpassung des Deckungsumfanges jährlich neu festlegen. Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern diese Änderungen schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit der Neuregelung nicht einverstanden sind, können die betreffenden Versicherungen oder den ganzen Vertrag auf das Datum der Änderung kündigen. Erhält der Versicherer innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung.

16 Versicherung für Kinder

Kinder können auf den Tag der Geburt versichert werden, sofern der Antrag für die Versicherung vor der Geburt beim Versicherer eingetroffen ist. In diesem Fall werden bei den Versicherungen TOP, SANA, COMPLETA, DENTA und HOSPITAL ECO keine Leistungsausschlüsse wegen allenfalls vorbestehender Gesundheitsschädigungen angebracht.

17 Obliegenheiten bei Aufnahme in die Versicherung und während deren Dauer

- 17.1 Die Antragsteller haben dem Versicherer im Antragsformular alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihnen beim Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, wahrheitsgemäss und vollständig anzugeben.
- 17.2 Wenn anzeigepflichtige Antragsteller beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die sie kennen oder kennen mussten, unrichtig mitteilen oder verschweigen, kann der Versicherer innert vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktreten.
- 17.3 Die Antragsteller und die versicherten Personen haben die Medizinalpersonen, die sie behandeln oder behandelt haben, der Versicherer gegenüber von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden und sie zu ermächtigen, jede verlangte Auskunft der Versicherer zu erteilen.
- 17.4 Ändert eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder ihre berufliche Tätigkeit, ist der Versicherer davon umgehend schriftlich in Kenntnis zu setzen.

18 Obliegenheiten im Schadenfall

- 18.1 Die versicherten Personen haben alles zu unternehmen, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere haben sie den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals Folge zu leisten.
- 18.2 Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, sind dem Versicherer sämtliche Rechnungen von Spitälern, Ärzten, medizinischem Personal etc. einzureichen. Es werden nur Originalrechnungen anerkannt. Ausserdem kann der Versicherer ärztliche Zeugnisse, Berichte, Belege etc. von den Versicherungsnehmern einverlangen.
- 18.3 Der Eintritt in ein Akutspital oder eine psychiatrische Klinik ist der Versicherer unverzüglich, spätestens aber nach fünf Tagen, anzuzeigen. Wird eine Kostengutsprache verlangt, hat die Meldung vor dem Eintritt zu erfolgen. Zusätzliche Vergütungsvoraussetzungen richten sich nach den jeweiligen Bestimmungen der einzelnen Versicherungen.

19 Verletzung der Anzeigepflichten oder Obliegenheiten

- 19.1 Werden im Schadenfall die gebotenen Anzeigepflichten oder Obliegenheiten verletzt, kann der Versicherer die Leistungen verweigern oder nach ihrem Ermessen festlegen.
- 19.2 Diese Rechtsnachteile treten nicht ein, wenn die Anzeigepflichtverletzung den Umständen nach als eine unverschuldete anzusehen ist.

20 Zahlungspflicht

Die Versicherungsnehmer sind gegenüber den Leistungserbringern grundsätzlich Honorarschuldner. Sie akzeptieren jedoch anderslautende Verträge zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern, welche die Direktzahlung an die Leistungserbringer beinhalten.

21 Honorarvereinbarungen

Honorarvereinbarungen zwischen Rechnungsteller und versicherten Personen sind für den Versicherer nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des vom Versicherer für den betreffenden Leistungserbringer anerkannten Tarifs.

22 Leistungsausschlüsse

22.1 Keine Versicherungsdeckung besteht für:

- a) Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die beim Vertragsabschluss schon bestanden haben;
- b) Krankheiten, Unfälle und deren Folgen nach Erlöschen der Versicherung, auch wenn während der Versicherungsdauer Leistungen erbracht wurden;
- c) Kosten einer unwirksamen, unzweckmässigen oder unwirtschaftlichen Behandlung. Als unwirtschaftlich gelten medizinische Massnahmen, die sich nicht auf das Interesse der versicherten Person und das den Behandlungszweck erforderliche Mass beschränken. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.
- d) Kosmetische Behandlungen und Operationen;
- e) Zahnbehandlungen, sofern in einzelnen Versicherungen eine Deckung nicht ausdrücklich vorgesehen ist;
- f) Krankheiten und Unfälle als Folge von aussergewöhnlichen Gefahren. Als solche gelten:
 - fa) Teilnahme an Unruhen
 - fb) ausländischer Militärdienst;
 - fc) Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten, vorsätzliche Ausübung von Vergehen und Verbrechen sowie der Versuch dazu;
 - fd) Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, Versicherte seien als unbeteiligte oder bei Hilfeleistungen für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
 - fe) Gefahren, denen Versicherte sich dadurch aussetzen, dass sie andere stark provozieren;
 - fg) Krankheiten und Unfälle als Folge von Wagnissen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzen, ohne die 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 Wagnis zu betrachten sind;
 - fh) Krankheiten und Unfälle infolge kriegerischer Ereignisse:
 - ha) in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
 - hb) im Ausland, es sei denn, Versicherte erkranken oder verunfallen innert 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in dem sie sich aufhalten und sie seien vom Ausbruch der kriegerischen Ereignisse dort überrascht worden;
 - gi) Gesundheitsschäden infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie;
 - gj) Krankheiten und Unfälle infolge missbräuchlichen Konsums von Alkohol, Medikamenten, Drogen und Chemikalien;

- l) Organtransplantationen, für welche der Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Solothurn (SVK), Fallpauschalen vereinbart hat. Dies gilt auch für Kliniken ohne vereinbarte Fallpauschalen;
- m) gesetzliche und vereinbarte Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- n) Selbstverstümmelung, Selbsttötung sowie der Versuch dazu.

22.2 Weitere Leistungsausschlüsse gemäss den Bestimmungen der einzelnen Versicherungen bleiben vorbehalten.

23 Subsidiarität und Leistungen Dritter

- 23.1 Sämtliche Leistungen gemäss den vorliegenden Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen werden jeweils im Nachgang zu den Leistungen ausländischer oder inländischer sozialer und privater Versicherer, insbesondere auch zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, erbracht.
- 23.2 Bei mehreren leistungspflichtigen Versicherern leistet der Versicherer anteilmässig.
- 23.3 Sind für die Folgen von Krankheit oder Unfall haftpflichtige Dritte leistungspflichtig, gewährt der Versicherer ihre Leistungen vorbehältlich Ziff. 24 AVB nur, wenn die Dritten ihre Leistungen erbracht haben und nur in dem Masse, als unter Berücksichtigung der Leistungen Dritter den Versicherten kein Gewinn erwächst.

24 Vorleistung und Regressrecht

- 24.1 Der Versicherer kann vorschussweise Leistungen unter der Bedingung entrichten, dass ihm die Versicherten ihre Ansprüche gegenüber leistungspflichtigen Dritten bis zur Höhe der von ihm erbrachten Leistungen abtreten und sich verpflichten, nichts zu unternehmen, was der Geltendmachung eines allfälligen Rückgriffsrechts gegenüber Dritten entgegensteht.
- 24.2 Treffen Versicherte mit leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung des Versicherers eine Vereinbarung, in welcher sie teilweise oder gänzlich auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen verzichten, fällt der Leistungsanspruch gegenüber dem Versicherer dahin.

25 Verrechnung

- 25.1 Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber den versicherten Personen verrechnen.
- 25.2 Die versicherten Personen haben gegenüber dem Versicherer kein Verrechnungsrecht.

26 Verpfändung und Abtretung von Leistungen

Ohne Zustimmung des Versicherers können Leistungen rechtswirksam weder verpfändet noch an Dritte abgetreten werden.

27 Tarife der Leistungserbringer

Der Versicherer anerkennt die in den schweizerischen Sozialversicherungen gültigen Tarife. Vorbehalten bleiben abweichende Bestimmungen in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen.

28 Sistierung der Versicherungsdeckung

- 28.1 Gegen eine Prämienreduktion kann der Versicherungsnehmer den Leistungsanspruch aus den Versicherungen TOP, SANA, COMPLETA und HOSPITAL sistieren, vorausgesetzt, er weist nach, dass für die zu sistierende Versicherung eine anderweitige Versicherungsdeckung (Kollektivvertrag, Betriebskrankenversicherung, Auslandversicherung etc.) besteht.
- 28.2 Innert 30 Tagen nach Wegfall der anderweitigen Versicherungsdeckung hat der Versicherungsnehmer die Versicherungsdeckung beim Versicherer zu den ursprünglichen Abmachungen zu reaktivieren, wobei die Prämie im Sinne von Ziff. 11 AVB angepasst wird. Bei Nichtbeachtung dieser Frist gelten für die Weiterführung der Versicherungen die Bedingungen für Neuaufnahme.

29 Kundenkarte

- 29.1 Die versicherten Personen der Versicherungen TOP, COMPLETA UND HOSPITAL erhalten eine Kundenkarte. Diese dient als Ausweis über abgeschlossene Versicherungen gegenüber Leistungserbringern. Sofern entsprechende Verträge vorliegen, berechtigt sie zudem zum Bezug von Leistungen, wie z.B. Medikamentenbezug.
- 29.2 Die Kundenkarte ist während der Dauer der Versicherungsdeckung gültig. Sie darf weder ausgeliehen noch übertragen noch sonstwie Dritten zugänglich gemacht werden. Geht die Kundenkarte verloren oder kommt sie dem Versicherungsnehmer sonstwie abhanden, ist der Versicherer darüber unverzüglich zu benachrichtigen. Nach Wegfall der Versicherungsdeckung hat der Versicherungsnehmer die Kundenkarte sofort zu vernichten.
- 29.3 Wird die Kundenkarte missbräuchlich verwendet, haftet die Person, auf welche die Kundenkarte ausgestellt ist, für den dem Versicherer entstandenen Schaden. Insbesondere sind die zu Unrecht erfolgten Versicherungsleistungen dem Versicherer zurückzuerstatten und die damit verbundenen Kosten und Umtriebe zu übernehmen. Vorbehalten bleibt schuldloses Verhalten im Sinne von Art. 45 VVG.

30 Mitteilungen

Alle Mitteilungen seitens des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die von den Versicherungsnehmern oder Anspruchsberechtigten zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

31 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag sind wahlweise entweder die Gerichte am schweizerischen Wohnort der versicherten Personen und der Anspruchsberechtigten oder in Zürich, am Hauptsitz der Versicherungsträgerin, d. h. der Helsana Zusatzversicherungen AG, zuständig.