

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenpflege-Zusatzversicherungen Ausgabe 2015 (revidierte Version 2022)

Inhaltsübersicht

I Gemeinsame Bestimmungen					
Allgemeines		Prämien und Rückzahlung von Kostenanteilen			
Art. 1	Gegenstand der Versicherung und Informationen vor Vertragsabschluss	3	Art. 26	Prämienanpassung	7
Art. 2	Versicherungsmöglichkeiten	3	Art. 27	Änderung des Prämientarifs und von Selbstbehalten	7
Art. 3	Vertragsgrundlagen	3	Art. 28	Prämienzahlung und Ruhen der Versicherung bei Zahlungsverzug	7
Art. 4	Versicherte Personen	3	Art. 29	Rückzahlung von Selbstbehalten	8
Art. 5	Örtlicher Geltungsbereich	3	Art. 30	Mahnspesen	8
Art. 6	Definitionen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall	3	Art. 31	Rückerstattung der Prämie	8
Art. 7	Anerkannte Leistungserbringer	4	Verschiedenes		
Art. 8	Kollektivversicherung	4	Art. 32	Mitteilungen	8
Abschluss, Beginn, Dauer und Kündigung von Versicherungen		4	Art. 33	Datenerfassung und -bearbeitung	8
Art. 9	Voraussetzungen und Höchst Eintrittsalter	4	Art. 34	Gerichtsstand	8
Art. 10	Beginn und Dauer der Versicherung	4	II Spitalpflege-Versicherung (SV)		
Art. 11	Obliegenheiten bei der Aufnahme in die Versicherung und während deren Dauer	4	Art. 35	Allgemeines	8
Art. 12	Vorbehalt und Ablehnung	5	Art. 36	Begriffe	8
Art. 13	Versicherung für Kinder	5	Art. 37	Versicherungsmöglichkeiten	9
Art. 14	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	5	Art. 38	Karenzzeit	9
Art. 15	Kündigung durch den Versicherer und Anpassung der AVB	5	Art. 39	Selbstbehalt	9
Art. 16	Erlöschen des Leistungsanspruches	5	Art. 40	Änderungen von bestehenden Leistungsstufen	9
Pflichten und Anspruchsberechtigung		5	Art. 41	Leistungsumfang	9
Art. 17	Obliegenheiten im Schadenfall	5	Art. 42	Leistungsausschlüsse	9
Art. 18	Verletzung der Anzeigepflichten oder Obliegenheiten	6	Art. 43	Spital-Klassenwechsel	9
Art. 19	Zahlungspflicht	6	Art. 44	Hotellerie / Zimmerkomfort	9
Art. 20	Honorarvereinbarungen	6	Art. 45	Transport- und Rettungskosten	10
Art. 21	Tarife der Leistungserbringer	6	Art. 46	Bade- und Erholungskuren	10
Art. 22	Reihenfolge der Leistungsansprüche	6	Art. 47	Chronischkrankenheime / Pflegeheime	10
Art. 23	Leistungsausschlüsse	6	Art. 48	Psychiatrie	10
Art. 24	Überentschädigung, Subsidiarität und Leistungen Dritter	7	Art. 49	Haushalthilfe	10
Art. 25	Verrechnung	7			

III Krankenpflege-Versicherung PLUS

Art. 50	Allgemeines	10
Art. 51	Sehhilfen	10
Art. 52	Nicht kassenpflichtige Medikamente	11
Art. 53	Prävention	11
Art. 54	Medizinische Hilfsmittel	11
Art. 55	Nichtärztliche Psychotherapie	11
Art. 56	Ärzte im Ausstand	11
Art. 57	Unterbindungen	11
Art. 58	Ohrenkorrekturen	11
Art. 59	Alternative Behandlungsmethoden	11
Art. 60	Bade- und Erholungskuren	11

IV Krankenpflege-Versicherung TOP

Art. 61	Allgemeines	12
Art. 62	Privatärztliche ambulante Behandlungen im Ausland	12
Art. 63	Alternative Behandlungsmethoden	12
Art. 64	Medizinische Hilfsmittel	12
Art. 65	Gesundheitskonto	12
Art. 66	Kieferorthopädische Behandlungen (Zahnfehlstellungen)	12

V Zahnpflege-Versicherung (ZV)

Art. 67	Allgemeines	13
Art. 68	Versicherungsmöglichkeiten und Beitriffsbestimmungen	13
Art. 69	Berechnung der Versicherungsleistungen	13
Art. 70	Zahnärztliche Behandlungen Im Ausland	13
Art. 71	Kündbarkeit	13

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenpflege-Zusatzversicherungen

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gelten für alle nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) durch die Aquilana Versicherungen (nachfolgend Aquilana) geführten Krankenpflege-Zusatzversicherungen. Aquilana ist ein Verein mit Sitz in Baden/AG. Für vermittelte Versicherungen (UTI, KTI) sowie für die Ferien- und Reiseversicherung (FRV) gelten separate Bestimmungen.

Alle personenbezogenen Begriffe («versicherte Person», «Antragssteller», «Anspruchsberechtigter», «Versicherungsnehmer») sind geschlechtsneutral zu verstehen.

I Gemeinsame Bestimmungen

Allgemeines

Art. 1 | Gegenstand der Versicherung und Informationen vor Vertragsabschluss

1 Versichert sind durch die Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflege-Versicherung im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall während der Dauer, in welcher die Versicherung besteht.

2 Der Versicherungsschutz richtet sich im Übrigen nach den Bestimmungen der einzelnen Zusatzversicherungen gemäss diesen AVB.

3 Aquilana orientiert den Antragssteller vor Abschluss des Versicherungsvertrages verständlich über die Identität von Aquilana und über den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages, insbesondere über:

- a** die versicherten Risiken;
- b** den Umfang des Versicherungsschutzes;
- c** die geschuldeten Prämien und weitere Pflichten des Versicherungsnehmers;
- d** Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrages;
- e** die Bearbeitung der Personendaten einschliesslich Zweck und Art der Datensammlung sowie Empfänger und Aufbewahrung der Daten.

4 Verletzt Aquilana ihre Informationspflicht gemäss vorstehendem Absatz 3, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, den Vertrag schriftlich oder in anderer Textform zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang bei Aquilana wirksam. Dieses Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung und den in Absatz 3 er-

wähnten Informationen Kenntnis erhalten hat, jedenfalls spätestens ein Jahr nach Vertragsabschluss.

Art. 2 | Versicherungsmöglichkeiten

1 Der Vertrag kann folgende Zusatzversicherungen umfassen:

- a** Spitalpflege-Versicherung (SV)
 - Allgemeine Abteilung (SV/A)
 - Halbprivate Abteilung (SV/HP)
 - Private Abteilung (SV/P)
- b** Krankenpflege-Versicherung PLUS
- c** Krankenpflege-Versicherung TOP
- d** Zahnpflege-Versicherung (ZV)
 - ZV Stufe I
 - ZV Stufe II

2 In der Versicherungspolice ist aufgeführt, welche Zusatzversicherungen abgeschlossen wurden.

Art. 3 | Vertragsgrundlagen

1 Grundlagen des Versicherungsvertrages bilden der Antrag, die Versicherungspolice sowie die vorliegenden AVB.

2 Soweit in diesen Bestimmungen ein Sachverhalt nicht ausdrücklich geregelt ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Die zwingenden Bestimmungen des VVG gehen in jedem Fall vor.

Art. 4 | Versicherte Personen

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

Art. 5 | Örtlicher Geltungsbereich

1 Die Versicherung gilt in der ganzen Schweiz. Notfälle sind jedoch weltweit gedeckt. Bei Notfällen im Ausland erbringt Aquilana die versicherten Leistungen für akute, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche ambulante und stationäre Behandlungen.

2 Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich die versicherte Person zum Zwecke der Behandlung ins Ausland begibt.

Art. 6 | Definitionen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall

1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

2 Schwangerschaft und Niederkunft sind den Krankheiten gleichgestellt. Die Versicherungsleistungen werden erbracht, sofern die Mutter während mindestens 24 Monaten bei Aquilana versichert war und die Versicherungsdeckung für Mutterschaftsleistungen nicht durch einen Vorbehalt ausgeschlossen ist.

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. Als Unfälle gelten auch unfallähnliche Körperschädigungen entsprechend der Definition der obligatorischen Unfallversicherung (UVG).

Art. 7 | Anerkannte Leistungserbringer

Als anerkannte Leistungserbringer gelten diejenigen Personen und Einrichtungen, die durch die Krankenversicherungsgesetzgebung (KVG) als solche zugelassen sind. Weitere anerkannte Leistungserbringer oder Einschränkungen sind in den einzelnen Zusatzversicherungen aufgeführt.

Art. 8 | Kollektivversicherung

1 Sofern nicht in separaten Versicherungsbedingungen und im Kollektivvertrag abweichende Regelungen vorgesehen sind, gelten die vorliegenden AVB sinngemäss auch für Kollektivversicherte.

2 Im einzelnen Kollektivvertrag können abweichende Bestimmungen, insbesondere betreffend Aufnahme, Leistungsumfang, Prämienfestsetzung, Versicherungsdauer, Kündigung und bezüglich der Aufteilung von Rechten und Pflichten zwischen Aquilana, dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person, vereinbart werden.

Abschluss, Beginn, Dauer und Kündigung von Versicherungen

Art. 9 | Voraussetzungen und Höchsteintrittsalter

1 Jede Person mit Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet (Schweiz) der Aquilana und Personen, welche obligatorisch dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) unterstellt sind bzw. sich diesem auf freiwilliger Basis unterstellen sowie Grenzgänger, können einen Antrag auf Abschluss von Zusatzversicherungen stellen.

2 Antragssteller können bis zum zurückgelegten 65. Altersjahr einen Antrag auf Abschluss von Zusatzversicherungen stellen.

Art. 10 | Beginn und Dauer der Versicherung

1 Die Zusatzversicherungen können auf den Ersten eines Monats abgeschlossen werden. Die Versicherungsdeckung beginnt, sobald Aquilana dem Antragssteller die Annahme

des Antrages bestätigt hat, frühestens jedoch ab dem in der Versicherungspolice aufgeführten Datum.

2 Der Vertrag ist auf unbestimmte Dauer abgeschlossen. Die Mindestversicherungsdauer beträgt ein 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.

3 Die einzelnen Zusatzversicherungen erlöschen:

a mit dem Tod der versicherten Person;

b mit der Kündigung durch den Versicherungsnehmer nach Ablauf der vertraglichen Kündigungsfrist (Art. 14);

c mit der Kündigung durch den Versicherungsnehmer infolge Änderung der Prämie oder des Selbstbehaltes (Art. 27);

d bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland und gleichzeitigem Verlust der Versicherungspflicht gemäss KVG auf das Datum des Verlustes der Versicherungspflicht, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde;

e bei Rücktritt resp. Kündigung der Aquilana vom Vertrag infolge vertragswidrigen Verhaltens (Art. 15 Abs. 2);

f bei Rücktritt der Aquilana vom Vertrag infolge Zahlungsrückstandes (Art. 28);

g bei weiteren gesetzlich vorgesehenen Erlöschungsgründen.

Art. 11 | Obliegenheiten bei der Aufnahme in die Versicherung und während deren Dauer

1 Die Antragssteller haben Aquilana im Antragsformular alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihnen beim Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssten, wahrheitsgemäss und vollständig anzugeben.

2 Wenn Antragssteller beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrentatsache, die sie kennen oder kennen mussten, unrichtig mitteilen oder verschweigen, kann Aquilana innert vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag durch schriftliche Erklärung oder elektronisch per E-Mail kündigen. Die Versicherung erlischt per Ende des Monats, in welchem die schriftliche Kündigung oder die E-Mail beim Versicherungsnehmer eingetroffen ist. In diesem Fall erlischt auch die Leistungspflicht von Aquilana für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt und Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat Aquilana Anspruch auf Rückerstattung.

3 Die Antragssteller und die versicherten Personen haben die Medizinalpersonen, die sie behandeln oder behandelt haben,

der Aquilana gegenüber von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden und sie zu ermächtigen, Aquilana die verlangten versicherungsrelevanten Auskünfte zu erteilen.

4 Namens- und Adressänderungen, Verlegung des Wohnsitzes, Todesfälle sowie Veränderungen bei den Zahlungsmodalitäten sind Aquilana spätestens innerhalb von 30 Tagen schriftlich, elektronisch per E-Mail oder mittels Benachrichtigung über myAquilana zu melden.

Art. 12 | Vorbehalt und Ablehnung

1 Krankheiten oder Unfallfolgen, die bei der Antragsstellung bestehen oder bestanden haben, können durch Vorbehalt von der beantragten Versicherung ausgeschlossen werden. Aquilana kann einen Antrag (Neuantrag und Änderungsantrag) ohne Angabe von Gründen ablehnen.

2 Ein Vorbehalt ist ab Beginn der Versicherung gültig und für die gesamte Vertragsdauer bestimmt. Der versicherten Person steht es frei, frühestens nach Ablauf eines Jahres auf ihre Kosten den Nachweis zu erbringen, dass ein bestehender Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.

Art. 13 | Versicherung für Kinder

Neugeborene Kinder können auf den Tag der Geburt versichert werden, sofern der Antrag für die Versicherung bis spätestens 30 Tage nach der Geburt bei Aquilana eingetroffen ist. In diesem Fall werden die Zusatzversicherungen PLUS, TOP und Spitalpflege-Versicherung (allgemeine Abteilung, SV/A) im beantragten Umfang versichert und keine Leistungsausschlüsse wegen allenfalls vorbestehender Gesundheitsschädigungen angebracht.

Art. 14 | Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1 Die Zusatzversicherungen können für jede einzelne versicherte Person nach ununterbrochener einjähriger Versicherungsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres durch den Versicherungsnehmer schriftlich oder elektronisch per E-Mail gekündigt werden.

2 Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie mit eingeschriebenem Brief oder per E-Mail spätestens am letzten Tag des Monats vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist der Aquilana zugekommen ist. Massgebend ist beim eingeschriebenen Brief der Poststempel und bei der E-Mail Übermittlung das Eingangsdatum.

3 Nach jedem Schadenfall, für den Aquilana Leistungen erbracht hat, kann der Versicherungsnehmer innert 14 Tagen seit Auszahlung der Versicherungsleistungen die entsprechende Zusatzversicherung kündigen. Die Deckung erlischt mit dem Eintreffen der Mitteilung bei Aquilana.

Art. 15 | Kündigung durch den Versicherer und Anpassung der AVB

1 Aquilana hat kein ordentliches Kündigungsrecht und kein Kündigungsrecht im Schadenfall.

2 Bei allen Zusatzversicherungen hat Aquilana das Recht zur Kündigung des Vertrages bei Anzeigepflichtverletzung im Antragsverfahren (Art. 11, Abs. 2), bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch durch den Versicherten (Art. 14/1, 38/3 und 40 VVG) und bei einer Verletzung der Anzeigepflichten im Schadenfall (Art. 18 AVB). In diesen Fällen kann Aquilana innert 4 Wochen nach Kenntnissnahme des Sachverhaltes kündigen.

3 Aquilana ist aus einem der nachstehend aufgeführten Gründe berechtigt, diese AVB teilweise oder in ihrer Gesamtheit während der Vertragsdauer anzupassen:

a Ausweitung der Anzahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern;

b Entwicklung der modernen Medizin;

c Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapieformen, wie z.B. Operationstechniken, Medikamente und ähnliches;

d Veränderungen in den Sozialversicherungsgesetzen, insbesondere Krankenversicherungsgesetz (KVG) und Unfallversicherungsgesetz (UVG).

4 Werden im Laufe der Vertragsdauer die AVB aufgrund der Bestimmungen gemäss Abs. 3 angepasst, gelten für den Versicherungsnehmer und Aquilana die neuen Bedingungen. Aquilana teilt den Versicherungsnehmern diese Anpassungen schriftlich oder elektronisch per E-Mail mit. Versicherungsnehmer, die mit diesen Anpassungen nicht einverstanden sind, können die entsprechenden Zusatzversicherungen auf das Datum der Anpassung kündigen. Erhält Aquilana innert 30 Tagen seit Ankündigung der Anpassung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Neuregelung der AVB.

Art. 16 | Erlöschen des Leistungsanspruches

Mit dem Ende der Versicherungen erlischt der Anspruch auf Leistungen, einschliesslich solcher für laufende Krankheits- oder Unfallbehandlungen.

Pflichten und Anspruchsberechtigung

Art. 17 | Obliegenheiten im Schadenfall

1 Schadenfälle sind Aquilana durch die versicherte Person oder den Versicherungsnehmer sofort anzuzeigen.

2 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.

3 Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, sind Aquilana sämtliche Rechnungen, Belege und ärztliche Zeugnisse von Spitälern, Ärzten, Apotheken, Labor und medizinischem Personal etc. innerhalb von 60 Tagen nach Erhalt einzureichen. Aquilana ist berechtigt, weitere detaillierte Rechnungen, ärztliche Zeugnisse und Belege anzufordern.

4 Liegt der Zeitpunkt der Einreichung von Rechnungen mehr als 24 Monate nach dem Ausstelldatum zurück, entfällt jeder Leistungsanspruch. Es werden in der Regel nur Originalrechnungen anerkannt. Registrierte myAquilana User können ihre Rechnungen via App oder Kundenportal gescannt übermitteln. Versicherungsnehmer können ihre Rechnungen gescannt im PDF-Format auch per E-Mail übermitteln.

5 Der Eintritt in ein Akutspital, in eine psychiatrische Klinik oder in eine Klinik für Rehabilitation ist Aquilana unverzüglich, spätestens aber nach 5 Tagen, zu melden. Wird eine Kostengut-sprache verlangt, hat die Meldung vor dem Eintritt zu erfolgen.

6 Bei Kuraufenthalten ist die ärztliche Kurverordnung Aquilana unverzüglich und vor Antritt des Kuraufenthaltes einzureichen. Dies unter Angabe der Kuranstalt oder des Heilbades, des Eintrittsdatums und der Aufenthaltsdauer. Aquilana steht das Recht zu, die Kurverordnung durch ihren Vertrauensarzt überprüfen zu lassen. Für Kuren, die ohne ärztliches Zeugnis und ohne Bewilligung von Aquilana angetreten werden, richtet diese keine Leistungen aus.

Art. 18 | Verletzung der Anzeigepflichten oder Obliegenheiten

Werden im Schadenfall die gebotenen Anzeigepflichten oder Obliegenheiten schuldhaft verletzt und werden dadurch Ausmass oder Feststellung der Krankheits- oder Unfallfolgen beeinflusst, kann Aquilana ihre Leistungen entsprechend kürzen oder verweigern, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder die anspruchsberechtigte Person beweisen, dass das vertrags-widrige Verhalten auf die Folgen und Feststellungen der Krank-heit oder des Unfalles keinen Einfluss ausgeübt hat.

Art. 19 | Zahlungspflicht

1 Der Versicherungsnehmer ist im In- und Ausland gegenüber den Leistungserbringern grundsätzlich Honorarschuldner. Im Ausland kann Aquilana im Ausnahmefall eines notfallmässigen Akutspitalaufenthalts darüber entscheiden, ob sie unter Berücksichtigung des für die versicherte Person vorhandenen Versicherungsumfanges eine Kostengarantie erteilt. Dies unter der Voraussetzung, dass unsere telefonische Notrufzentrale rechtzeitig über den konkreten Sachverhalt benachrichtigt wurde.

2 Der Versicherungsnehmer akzeptiert jedoch anderslautende Verträge zwischen Aquilana und den Leistungserbringern, welche die Direktzahlung an die Leistungserbringer vorsehen.

Art. 20 | Honorarvereinbarungen

Honorarvereinbarungen zwischen Rechnungssteller und versicherten Personen sind für Aquilana nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des von Aquilana für den betreffenden Leistungserbringer anerkannten Tarifs bzw. im Ausland im Rahmen des ortsüblichen Tarifs.

Art. 21 | Tarife der Leistungserbringer

Grundlage für die Kostenübernahme bilden die von Aquilana anerkannten schweizerischen Sozialversicherungstarife und die üblicherweise verwendeten Privattarife für Heilungskosten bei Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Vorbehalten bleiben abweichende Bestimmungen in den einzelnen Zusatzversicherungen.

Art. 22 | Reihenfolge der Leistungsansprüche

Hat die versicherte Person bei Aquilana mehrere Zusatzversicherungen abgeschlossen, richtet sich der Leistungsanspruch aus den verschiedenen Zusatzversicherungen nach folgender Reihenfolge:

- Krankenpflege-Zusatzversicherung PLUS
- Krankenpflege-Zusatzversicherung TOP
- Spitalpflege-Versicherung (SV)

Art. 23 | Leistungsausschlüsse

1 Keine Versicherungsdeckung besteht für:

- a** Gesetzliche Leistungen gemäss KVG und UVG;
- b** Krankheiten, Mutterschaft, Unfälle und deren Folgen, die beim Vertragsabschluss schon bestanden haben;
- c** Behandlungen bei Schwangerschaft und Niederkunft während der Wartefrist von 24 Monaten ab Versicherungsbeginn;
- d** Krankheiten, Mutterschaft, Unfälle und deren Folgen nach Erlöschen der Versicherung;
- e** Kosten einer unwirksamen, unzweckmässigen oder unwirtschaftlichen Behandlung im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes (KVG);
- f** Organtransplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Solothurn (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Dies gilt auch für Kliniken ohne vereinbarte Fallpauschalen;
- g** kosmetische Behandlung oder Operationen;
- h** Übernahme von Kostenbeteiligungen, Patientenanteilen und Spesen.

2 Bei Krankheit, Mutterschaft oder Unfall im Zusammenhang mit folgenden Ereignissen werden sämtliche Versicherungsleistungen verweigert:

- a** bei ausländischem Militärdienst;

- b** Teilnahme an Unruhen, kriegerischen Handlungen, Terrorakten und bandenmässigen Verbrechen;
- c** Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherungsnehmer sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
- d** Gesundheitsstörungen durch die Einwirkung ionisierender Strahlen. Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen im Zusammenhang mit einem versicherten Ereignis sind jedoch versichert;
- e** Unfällen, verursacht durch Erdbeben oder Naturkatastrophen;
- f** Unfällen bei vorsätzlicher Begehung von Verbrechen und Vergehen;
- g** Krankheiten und Unfällen als Folge von aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen sowie bei grober Fahrlässigkeit.

3 Weitere Leistungsausschlüsse in den einzelnen Zusatzversicherungen bleiben vorbehalten.

Art. 24 | Überentschädigung, Subsidiarität und Leistungen Dritter

1 Dem Versicherungsnehmer darf aus den Leistungen von Aquilana oder deren Zusammentreffen mit Leistungen Dritter kein Gewinn erwachsen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die dem Anspruchsberechtigten aufgrund des Versicherungsfalles zustehen. Die Entschädigung aller Versicherer zusammen darf die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen.

2 Sämtliche Leistungen gemäss den vorliegenden AVB werden jeweils in Ergänzung zu den Leistungen inländischer oder ausländischer Sozialversicherungen, insbesondere auch zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, erbracht.

3 Die Versicherten sind im Rahmen der Zumutbarkeit verpflichtet, ihre Ansprüche gegenüber Dritten durchzusetzen, soweit es sich nicht um Ansprüche aus privatversicherungsrechtlichen Verträgen handelt. Ergibt die Durchsetzung der Ansprüche gegenüber Dritten lediglich eine Teildeckung zugunsten der versicherten Person, so besteht eine Deckungspflicht von Aquilana für den ungedeckten Teil im Rahmen des entsprechenden Versicherungsschutzes.

4 Kommt die versicherte Person ihren Verpflichtungen gemäss Abs. 3 nicht nach oder schliesst sie ohne ausdrückliche Zustimmung von Aquilana eine Entschädigungsvereinbarung ab, oder lässt sie ihre Leistungsansprüche verpfänden oder verrechnen, so richtet Aquilana keine Leistungen aus.

5 Bei Doppelversicherung im Sinne von Art. 53 VVG haftet Aquilana für den Schaden in dem Verhältnis, in dem ihre Ver-

sicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen steht.

Art. 25 | Verrechnung

1 Aquilana kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherungsnehmer verrechnen.

2 Die versicherten Personen und der Versicherungsnehmer haben gegenüber Aquilana kein Verrechnungsrecht.

Prämien und Rückzahlung von Kostenanteilen

Art. 26 | Prämienanpassung

Die Prämien werden jeweils per 1. Januar eines jeden Jahres dem effektiven Lebensalter der versicherten Person entsprechend angepasst. Daraus ergibt sich kein ausserordentliches Kündigungsrecht.

Art. 27 | Änderung des Prämientarifs und von Selbstbehalten

Aquilana kann den Prämientarif und die Selbstbehalte aufgrund der Kostenentwicklung und des Schadenverlaufs jährlich neu festlegen. Sie teilt den Versicherungsnehmern diese Änderungen schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit der Neuregelung nicht einverstanden sind, können die betreffenden Zusatzversicherungen auf das Datum der Änderung kündigen. Erhält Aquilana innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung.

Art. 28 | Prämienzahlung und Ruhen der Versicherung bei Zahlungsverzug

1 Die Prämien sind ohne anderslautende Vereinbarung pro Versicherungsjahr festgesetzt und im Voraus bis zu dem in der Prämienrechnung angegebenen Tag zur Zahlung fällig.

2 Beginnt oder endet die Versicherung im Laufe eines Monats, schuldet der Versicherungsnehmer eine ganze Monatsprämie.

3 Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht für Prämien und Selbstbehalte nicht nach, so wird er unter Hinweis auf die Säumnisfolgen auf seine Kosten schriftlich oder elektronisch per E-Mail aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg oder wird der geforderte Betrag nicht vollumfänglich beglichen, ruht die Leistungspflicht aller Zusatzversicherungen nach Ablauf der Mahnfrist (Art. 20 Abs.1 und 3 VVG).

4 Für Krankheiten, Mutterschaft, Unfälle und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, kann ein Leistungsanspruch selbst bei nachträglicher Bezahlung der Prämie nicht geltend gemacht werden.

5 Wird die ausstehende Prämie oder Kostenbeteiligung nicht innert 2 Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, gilt der Vertrag als beendet (Art. 10 Abs. 3 lit. f der AVB).

Art. 29 | Rückzahlung von Selbstbehalten

Im Falle von Direktzahlung an die Leistungserbringer durch Aquilana ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, vereinbarte Selbstbehalte innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung zurückzuerstatten.

Art. 30 | Mahnspesen

Aquilana ist bei Zahlungsverzug berechtigt, dem Versicherungsnehmer alle Unkosten für das Mahn- und Betreibungsverfahren zu belasten.

Art. 31 | Rückerstattung der Prämie

Wird der Vertrag aufgehoben, erstattet Aquilana die nicht verbrauchte Prämie zurück; ausgenommen wenn der Versicherungsnehmer:

- a** die betreffende Zusatzversicherung im Schadenfall kündigt;
- b** Obliegenheiten gegenüber Aquilana verletzt hat.

In diesen Fällen bleibt die Prämie für das laufende Versicherungsjahr ganz geschuldet.

Verschiedenes

Art. 32 | Mitteilungen

1 Alle Anzeigen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers, des Anspruchsberechtigten oder anderer Personen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, sind stets schriftlich oder in anderer Textform, namentlich per E-Mail an Aquilana in Baden zu richten. Anzeigen und Mitteilungen im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss (Art. 10 AVB) können auch über das Kundenportal und App myAquilana gesendet werden. Aquilana lehnt jegliche Haftung für Schäden im Zusammenhang mit der Nutzung elektronischer Kommunikationskanäle ab, soweit von Seiten Aquilana kein Fehlverhalten vorliegt und sofern dies rechtlich zulässig ist.

2 Alle Mitteilungen seitens Aquilana erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz. Sie können im rechtlich zulässigen Rahmen auch per E-Mail-Adresse oder für myAquilana registrierte Versicherungsnehmer betreffend ausgewählte Output-Dokumente per Endkunden-App/ Endkunden-Portal erfolgen.

3 Für alle Mitteilungen, die Aquilana nach Massgabe dieses Vertrags oder des Gesetzes gemacht werden müssen, wird folgende Meldestelle bezeichnet: Aquilana Versicherungen, Bruggerstrasse 46, CH-5401 Baden, Tel. +41 56 203 44 44.

Art. 33 | Datenerfassung und -bearbeitung

1 Aquilana stellt sicher, dass der Datenschutz nach den geltenden Vorschriften des schweizerischen Rechts, namentlich des Datenschutzgesetzes (DSG), eingehalten wird. Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen kann Aquilana die zur Durchführung der Zusatzversicherungen notwendigen Informationen einholen, physisch oder elektronisch erfassen sowie an Dritte zur Bearbeitung übertragen.

2 Aquilana bearbeitet die Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben, und verwendet diese insbesondere für die Risikoabklärung, die Leistungsbearbeitung sowie für statistische Auswertungen.

Art. 34 | Gerichtsstand

Bei Rechtsstreitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag kann Aquilana am schweizerischen Wohnort des Versicherungsnehmers oder des Anspruchsberechtigten bzw. am Sitz in Baden belangt werden.

II Spitalpflege-Versicherung (SV)

Art. 35 | Allgemeines

1 Aquilana erbringt Leistungen an die Kosten einer stationären Behandlung in einem Akutspital.

2 Aquilana gewährt auch Beiträge an Transport- und Rettungskosten, Bade- und Erholungskuren, Aufenthalte in Chronischkranken- oder Pflegeheimen, psychiatrische Kliniken sowie Haushalthilfe.

3 Leistungskürzungen, Ausschlüsse oder Kostenbeteiligungen aus gesetzlichen Versicherungen werden nicht vergütet.

4 Die Spitalpflege-Versicherung kennt grundsätzlich keine örtlichen, zeitlichen und betraglichen Beschränkungen.

Art. 36 | Begriffe

1 Als Akutspital gelten ärztlich geleitete Spitäler oder deren Abteilungen, die zur stationären Behandlung akuter Krankheiten oder Unfallfolgen oder stationärer Durchführung der medizinischen Rehabilitation dienen und die in der Spitalliste des Kantons (Art. 39, Abs. 1, lit. e KVG) aufgeführt sind.

2 Als Spitalbehandlung im Sinne der vorliegenden Bestimmungen gilt die medizinische Behandlung in einem Spital, die nach allgemeiner ärztlicher Beurteilung einen stationären Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

Art. 37 | Versicherungsmöglichkeiten

Versicherbar sind folgende Leistungsstufen:

1 Allgemeine Abteilung (SV/A)

Mehrbettzimmer mit anerkannter Tarifbindung, d.h. vertraglich oder durch Behörden festgelegter Tarif, in öffentlichen und privaten Spitälern in der ganzen Schweiz.

2 Halbprivate Abteilung (SV/HP)

Zweibettzimmer mit anerkannter Tarifbindung, d.h. vertraglich oder durch Behörden festgelegter Tarif, in öffentlichen und privaten Spitälern in der ganzen Schweiz. Aufenthalts- und Behandlungskosten des Spitals werden nach Vertrag oder Vereinbarung entschädigt, die Behandlungskosten der Ärzte nach Tarifvertrag.

3 Private Abteilung (SV/P)

Einbettzimmer in öffentlichen und privaten Spitälern, freie Arztwahl, weltweit.

Art. 38 | Karenzzeit

Die Karenzfrist für Leistungen bei Mutterschaft beträgt ab Versicherungsbeginn 24 Monate.

Art. 39 | Selbstbehalt

1 In den Leistungsstufen SV/HP und SV/P kann ein Selbstbehalt von CHF 2'000.– oder CHF 5'000.– pro Kalenderjahr vereinbart werden. Die Prämie wird entsprechend reduziert.

2 Die versicherte Person bzw. der Versicherungsnehmer hat den vereinbarten Selbstbehalt bei Beanspruchung von Leistungen aus der entsprechenden Leistungsstufe pro Kalenderjahr einmal selbst zu tragen. Bei einem Spitalaufenthalt über den Jahreswechsel wird der gewählte Selbstbehalt nur einmal pro Kalenderjahr zu Beginn dieses Spitalaufenthaltes erhoben. Der Selbstbehalt entfällt, wenn die versicherte Person die allgemeine Abteilung eines Spitals in der ganzen Schweiz wählt. Begibt sich eine in der Leistungsstufe SV/P versicherte Person in die halbprivate Abteilung eines Spitals, erhebt Aquilana nur die Hälfte des vereinbarten Selbstbehaltes.

3 Die Erhöhung oder Reduktion eines bestehenden Selbstbehaltes ist innerhalb der vereinbarten Leistungsstufe mit einmonatiger Voranzeige jeweils auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich.

Art. 40 | Änderungen von bestehenden Leistungsstufen

1 Der Wechsel in eine Leistungsstufe mit einer erhöhten Versicherungsdeckung unterliegt den in Art. 9, 11 und 12 der AVB erwähnten Bestimmungen und ist mit einmonatiger Voranzeige jeweils auf den Ersten eines Monats möglich.

2 Der Wechsel in eine tiefere Leistungsstufe ist mit einmonatiger Voranzeige auf den Beginn eines Kalenderjahres möglich.

Art. 41 | Leistungsumfang

1 In Ergänzung zu den Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung werden im Rahmen der versicherten Leistungsstufe die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung übernommen

2 Als Behandlungskosten gelten die Aufwendungen der Behandlung einschliesslich Operation, Untersuchungen (Labor, Röntgen usw.), Narkose, Assistent, Operationsaalbenützung, Medikamente, Verbandsmaterial sowie Behandlungen durch medizinisch-therapeutisches Hilfspersonal.

3 Nicht versichert sind persönliche Auslagen für Getränke, Essen für Angehörige, Radio/TV, Coiffeur, Telefon, Verwaltungsgebühren, Todesfallkosten usw.

4 Bei medizinischen Notfällen während eines Auslandsaufenthaltes werden die Versicherungsleistungen nur gewährt, wenn die versicherte Person Aquilana unter Beilage eines Arzzeugnisses sofort nach der Erkrankung genau orientiert und an ihren Wohnort zurückkehrt, sobald dies medizinisch zumutbar ist. Sind die Angaben in den Originalrechnungen ungenügend oder unvollständig, werden die Leistungen aufgrund eigener Abklärungen und entsprechend sachgerechtem Ermessen von Aquilana festgesetzt.

Art. 42 | Leistungsausschlüsse

Aus der Spitalpflege-Versicherung werden keine Leistungen für Entwöhnungskuren (Alkohol, Drogen usw.) ausgerichtet.

Art. 43 | Spital-Klassenwechsel

Begibt sich eine versicherte Person in eine höhere als die versicherte Leistungsstufe, werden die durch die obligatorische Krankenpflege-Versicherung nicht gedeckten Kosten (allgemeine Abteilung Wohnkanton) von Aquilana prozentual wie folgt übernommen:

- Leistungsstufe SV/A 25% bei Aufenthalt auf der halbprivaten oder privaten Abteilung;
- Leistungsstufe SV/HP 50% bei Aufenthalt auf der privaten Abteilung.

Art. 44 | Hotellerie/ Zimmerkomfort

Für Allgemein-Versicherte (SV/A) übernimmt Aquilana bei einem Aufenthalt in einem Ein- oder Zweibettzimmer in Akutspitälern (exkl. Psychiatrie, Rehakliniken, Bade- und Erholungskuren) die entstehenden Pensionskosten (Kost und Logis) bis maximal CHF 100.– pro Tag während längstens 14 Tagen pro Kalenderjahr.

Art. 45 | Transport- und Rettungskosten

An medizinisch notwendige Transport- und Rettungskosten inkl. Rückführungskosten vom Ausland in die Schweiz erbringt Aquilana folgende Leistungen:

- Leistungsstufe SV/A: bis max. CHF 20'000.– pro Kalenderjahr;
- Leistungsstufe SV/HP: unbegrenzt;
- Leistungsstufe SV/P: unbegrenzt.

Art. 46 | Bade- und Erholungskuren

1 Für Rekonvaleszenz- sowie Bade- und Erholungskuren gewährt Aquilana Leistungen, sofern eine solche Kur vom behandelnden Arzt zur Wiedererlangung der Gesundheit als notwendig verordnet worden ist.

2 Bei Badekuren in anerkannten Badekurorten sowie bei ärztlich verordneten Erholungskuren in schweizerischen Kurhäusern gemäss anerkannter Liste werden folgende Tagesleistungen für Kost und Logis ausgerichtet:

	Badekuren	Erholungskuren
SV/A	CHF –.–	CHF 20.–
SV/HP	CHF 40.–	CHF 30.–
SV/P	CHF 60.–	CHF 40.–

3 Diese Leistungen werden für längstens 30 Tage und innerhalb von 2 Jahren nur einmal gewährt, ausser im Anschluss an einen stationären Spitalaufenthalt. Als Stichtag für den Beginn des Leistungsanspruches gilt das Behandlungsenddatum der vorangegangenen Bade- bzw. Erholungskur. In ausserordentlichen Fällen kann die Geschäftsleitung, gestützt auf ein ärztliches Zeugnis, die Leistungen für weitere Zeit bewilligen.

4 Für Aufenthalte in Kur- und Erholungshäusern ausserhalb der Schweiz besteht keine Leistungspflicht.

Art. 47 | Chronischkrankenhäuser / Pflegeheime

Bei Aufenthalt in der Pflegeabteilung eines Spitals oder in einem Pflege- oder Chronischkrankenheim werden maximal folgende Tagesleistungen während 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen erbracht:

SV/A	CHF –.–
SV/HP	CHF 15.–
SV/P	CHF 20.–

Art. 48 | Psychiatrie

Bei Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik werden maximal folgende Tagesleistungen während 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen erbracht:

SV/A	CHF –.–
SV/HP	CHF 50.–
SV/P	CHF 75.–

Art. 49 | Haushalthilfe

1 An die Kosten für Haushalthilfe werden im Rahmen der Gemeindetaxen maximal folgende Tagesleistungen erbracht:

SV/A	CHF 20.–
SV/HP	CHF 40.–
SV/P	CHF 60.–

2 Die erwähnten Leistungen werden für höchstens 30 Tage innerhalb eines Kalenderjahres erbracht, wenn die versicherte Person nach ärztlicher Anordnung einer Haushalthilfe bedarf und dadurch nachweislich ein Spitalaufenthalt verkürzt werden kann. Als Haushalthilfe gilt, wer mit entsprechender beruflicher Qualifikation auf eigene Rechnung oder für eine Spitex-Organisation in Vertretung der versicherten Person den Haushalt besorgt.

3 Als Stichtag für den Beginn des Leistungsanspruches gilt das Ende des vorangegangenen Behandlungsdatums.

III Krankenpflege-Versicherung PLUS

Art. 50 | Allgemeines

Aquilana erbringt Leistungen an die Kosten für Sehhilfen, nicht-kassenpflichtige Medikamente, Prävention, alternative Behandlungsmethoden, medizinische Hilfsmittel, Rekonvaleszenz-, Bade- und Erholungskuren, nichtärztliche Psychotherapie, Unterbindungen, Ohrenkorrekturen sowie Ärzte im Ausstand.

Art. 51 | Sehhilfen

1 Auch ohne ärztliche Verordnung werden für Brillengläser, Brillenfassungen oder Kontaktlinsen 90% des Rechnungsbetrages, maximal jedoch CHF 250.–, erbracht. Diese Leistung wird für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr einmal pro Kalenderjahr und für Erwachsene einmal alle 3 Kalenderjahre ausgerichtet.

2 Nach erstmaliger Kostenübernahme erfolgen weitere Vergütungen, wenn das Datum der Rechnung – unter Einhaltung

vorstehend erwähnter Fristen – in das entsprechende Kalenderjahr fällt. Aquilana übernimmt keine Kosten für den Ersatz verlorener oder die Reparatur beschädigter Brillen/Kontaktlinsen.

Art. 52 | Nicht kassenpflichtige Medikamente

1 Die von einem Arzt verordneten nicht kassenpflichtigen Medikamente, die beim Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swiss-med) für die betreffende Indikation registriert sind, werden zu 90% übernommen.

2 Ausgenommen von der Leistungspflicht sind die in der Liste der pharmazeutischen Präparate zu Lasten der Versicherten (LPPV) aufgeführten Präparate und solche, die im Rahmen von wissenschaftlichen Studien eingesetzt werden.

Art. 53 | Prävention

1 An die Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung werden einmal pro Kalenderjahr 90% der Rechnung nach anerkanntem Tarif ausgerichtet.

2 Für ärztlich verordnete Fruchtwasseruntersuche werden ungeachtet des Alters 90% der Kosten nach anerkanntem Tarif übernommen.

3 Bei gesetzlich nicht gedeckten Kosten von Impfungen (inkl. Reiseschutz) werden 90%, maximal jedoch CHF 250.– pro Kalenderjahr, übernommen.

Art. 54 | Medizinische Hilfsmittel

1 Aquilana erbringt an die Kosten von ärztlich verordneten Hilfsmitteln, die Funktionsausfälle ausgleichen oder Körperteile ersetzen (ausgenommen Zahnprothesen) und die nicht als gesetzliche Pflichtleistungen gelten, 90%, maximal jedoch CHF 200.– pro Kalenderjahr.

2 Die Leistungen werden erbracht, sofern nicht ein anderer Sozialversicherungsträger leistungspflichtig ist. Bei Doppelversicherung gilt Art. 24 Abs. 5 der AVB.

3 Die Kosten für Betrieb, Unterhalt und Reparaturen der Mittel und Gegenstände werden nicht übernommen.

Art. 55 | Nichtärztliche Psychotherapie

An ärztlich verordnete Psychotherapie, ausgeführt durch einen selbständigen, auf eigene Rechnung tätigen Psychologen, welcher Mitglied des ASP oder FSP sein muss oder vom Verband der Schweiz. Krankenversicherer (santésuisse) anerkannt ist, werden maximal 30 Sitzungen à CHF 40.– pro Kalenderjahr übernommen.

Art. 56 | Ärzte im Ausstand

An kassenpflichtige Behandlungen durch Ärzte, welche gemäss Art. 44 Abs. 2 KVG den Ausstand gewählt haben (z.B. Professoren) und die keine detaillierten Fakturen ausstellen, vergütet Aquilana 50% der Gesamtkosten. Diese Leistung wird dann erbracht, wenn die versicherte Person freiwillig einen Arzt im Ausstand aufsucht. Wird hingegen die versicherte Person zu einem solchen überwiesen – hierfür ist ein ärztliches Attest erforderlich – oder wird die Behandlung im Anschluss an einen Spitalaufenthalt erforderlich, werden 90% der Aufwendungen bezahlt.

Art. 57 | Unterbindungen

Für Unterbindungen (Vasektomie bzw. Tubenligatur) werden 90%, maximal jedoch CHF 500.– pro Kalenderjahr, erbracht.

Art. 58 | Ohrenkorrekturen

An die Kosten ärztlich erbrachter Korrekturoperationen für abstehende Ohren wird eine einmalige Leistung von 50%, max. CHF 1'500.– ausgerichtet. Diese Leistung erfolgt unbeachtet davon, ob ein Ohr oder beide Ohren operiert werden.

Art. 59 | Alternative Behandlungsmethoden

Aquilana übernimmt bei alternativer Medizin (Erfahrungs-/Komplementärmedizin) folgende Kosten:

a 90% an ärztlich verordnete homöopathische und anthroposophische Präparate. Keine Leistungen werden an die Kosten für Medikamente erbracht, die in der Liste der pharmazeutischen Präparate zu Lasten der Versicherten (LPPV) aufgeführt sind;

b 90% an die von einem diplomierten Arzt, Naturarzt (A-Mitglied der Naturärztevereinigung der Schweiz/NVS, Mitglied des SVNH sowie kantonal zugelassene Heilpraktiker) oder einem gemäss erfahrungsmedizinischem Register (EMR) anerkannten Therapeuten durchgeführten alternativen Behandlungsmethoden, inkl. verordneter Analysen.

Für lit. a) und b) zusammen werden pro Kalenderjahr maximal CHF 1'000.– ausgerichtet.

Art. 60 | Bade- und Erholungskuren

1 Für Rekonvaleszenz- sowie Bade- und Erholungskuren gewährt Aquilana Leistungen, sofern eine solche Kur vom behandelnden Arzt zur Wiedererlangung der Gesundheit als notwendig verordnet worden ist.

2 Bei Badekuren in anerkannten Badekurorten sowie bei ärztlich verordneten Erholungskuren in schweizerischen Kurhäusern gemäss anerkannter Liste werden folgende Tagesleistungen für Kost und Logis ausgerichtet:

a Badekuren CHF 40.–

b Erholungskuren mit ärztlicher Leitung CHF 60.–
Erholungskuren ohne ärztliche Leitung CHF 40.–

3 Diese Leistungen werden für längstens 30 Tage und innerhalb von 2 Jahren nur einmal gewährt, ausser im Anschluss an einen stationären Spitalaufenthalt. Als Stichtag für den Beginn des Leistungsanspruches gilt das Behandlungsenddatum der vorangegangenen Bade- bzw. Erholungskur. In ausserordentlichen Fällen kann die Geschäftsleitung, gestützt auf ein ärztliches Zeugnis, die Leistungen für weitere Zeit bewilligen.

4 Für Aufenthalte in Kur- und Erholungshäusern ausserhalb der Schweiz besteht keine Leistungspflicht.

IV Krankenpflege-Versicherung TOP

Art. 61 | Allgemeines

Aquilana erbringt Leistungen an die Kosten für privatärztliche ambulante Behandlungen im Ausland, alternative Behandlungsmethoden, medizinische Hilfsmittel sowie Gesundheitsförderung/Prävention.

Art. 62 | Privatärztliche ambulante Behandlungen im Ausland

1 Sofern die Rechnung den ortsüblichen Arzttarif übersteigt, werden bei medizinischen Notfällen weltweit 90% der Kosten für privatärztliche ambulante Behandlungen übernommen.

2 An die Kosten für ambulante Wahlbehandlungen im Ausland vergütet Aquilana 90%, max CHF 1'000.– pro Kalenderjahr. Dieser Versicherungsschutz beschränkt sich auf medizinisch notwendige Behandlungen im Rahmen des KVG-Pflichtleistungskataloges.

Art. 63 | Alternative Behandlungsmethoden

Aquilana übernimmt bei alternativer Medizin (Erfahrungs-/Komplementärmedizin) folgende Kosten:

a 90% an ärztlich verordnete homöopathische und anthroposophische Präparate. Keine Leistungen werden an die Kosten für Medikamente erbracht, die in der Liste der pharmazeutischen Präparate zu Lasten der Versicherten (LPPV) aufgeführt sind;

b 90% an die von einem diplomierten Arzt, Naturarzt (A-Mitglied der Naturärztevereinigung der Schweiz / NVS, Mitglied des SVNH sowie kantonal zugelassene Heilpraktiker) oder einem gemäss erfahrungsmedizinischem Register (EMR) anerkannten Therapeuten durchgeführten alternativen Behandlungsmethoden, inkl. verordneter Analysen.

Für lit. a) und b) zusammen werden pro Kalenderjahr maximal CHF 2'000.– ausgerichtet.

Art. 64 | Medizinische Hilfsmittel

1 Aquilana erbringt an die Kosten von ärztlich verordneten Hilfsmitteln, die Funktionsausfälle ausgleichen oder Körperteile ersetzen (ausgenommen Zahnprothesen) und die nicht als gesetzliche Pflichtleistungen gelten, 90%, maximal jedoch CHF 1'000.– pro Kalenderjahr.

2 Die Leistungen werden erbracht, sofern nicht ein anderer Sozialversicherungsträger leistungspflichtig ist. Bei Doppelversicherung gilt Art. 24, Abs. 5 der AVB.

3 Die Kosten für Betrieb, Unterhalt und Reparaturen der Mittel und Gegenstände werden nicht übernommen.

Art. 65 | Gesundheitskonto

1 Für gesundheitsfördernde bzw. präventive Massnahmen wird für jede versicherte Person ein Gesundheitskonto mit einem maximalen Anspruch von CHF 600.– pro Kalenderjahr geführt. Aus dem Gesundheitskonto werden bezahlt:

- a** 90% der Kosten, max. CHF 500.– pro Kalenderjahr, für ärztlichen Gesundheits-Check-up, exklusiv gynäkologischer Vorsorgeuntersuchung;
- b** 50% der Kosten, max. CHF 300.– pro Kalenderjahr, für vorbeugendes Krafttraining in anerkanntem Fitnesscenter und unter qualifizierter Anleitung zur Verhinderung von Rückfällen von Rückenleiden, Knieverletzungen etc.;
- c** 50% der Kosten, max. CHF 150.– pro Kalenderjahr, für Rheumaschwimmen, Thermalbäder, Aquafit und Morbus-Bechterew-Turnen;
- d** 50% der Kosten, max. CHF 150.– pro Kalenderjahr, für Kurse zu weiteren Gesundheitsthemen (Ernährungs-/Diätberatung, Raucherentwöhnung);
- e** 50% der Kosten, max. CHF 150.– pro Kalenderjahr, für Schwangerschaftsturnen, Rückbildungsgymnastik und Stillberatung.

2 Die in Absatz 1 aufgeführte Aufzählung ist abschliessend.

Art. 66 | Kieferorthopädische Behandlungen (Zahnfehlstellungen)

1 An die Kosten kieferorthopädischer Behandlungen aus kauktionellen Gründen (Korrektur von Zahnfehlstellungen und Kieferdeformitäten) übernimmt Aquilana bis zum vollendeten 25. Altersjahr 75% der Kosten, max. CHF 5'000.– pro Kalenderjahr.

2 Versichert sind Behandlungen, die frühestens nach Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn vorgenommen werden. Sofern der Beitritt der versicherten Person vor Vollendung des 6. Altersjahres erfolgt ist, entfällt die erwähnte Karenzfrist.

3 Voraussetzung für die Leistung ist vor Behandlungsbeginn die Vorlage eines Kostenvoranschlages, der Diagnose der be-

stehenden Stellungsanomalie und der vorgesehenen Behandlungsmittel.

4 Versicherte, die kieferorthopädische Leistungen im Sinne dieses Artikels beanspruchen können, haben die detaillierten Zahnarztrechnungen im Original mit Angabe der Tarifziffern gemäss UV- /MV/IV-Zahnarztтарif einzureichen.

5 Beim Zusammentreffen eines Anspruches mit Leistungen aus der Zahnpflege-Versicherung (ZV Stufe 1 und/oder ZV Stufe 2) gehen die Leistungen gemäss Art. 67 ff. dieser AVB vor.

6 Beiträge der Schul- oder Jugendzahnpflege werden an die Leistungen gemäss Art. 66, Ziff. 1 angerechnet.

V Zahnpflege-Versicherung (ZV)

Art. 67 | Allgemeines

Aus der Zahnpflege-Versicherung werden Leistungen an die Kosten für alle nicht unfallbedingten zahnärztlichen Behandlungen, inkl. Laborarbeiten, erbracht. An Zahnregulierungen bei Kindern und Jugendlichen werden die Leistungen bis zum zurückgelegten 25. Altersjahr übernommen.

Art. 68 | Versicherungsmöglichkeiten und Beitrittsbestimmungen

Versicherbar sind folgende Leistungsstufen:

1 ZV Stufe I: 30% der gesamten Behandlungskosten, maximal jedoch CHF 1'000.– pro Kalenderjahr.

2 ZV Stufe II: 60% der gesamten Behandlungskosten, maximal jedoch CHF 2'500.– pro Kalenderjahr.

3 Die Leistungsstufen sind einzeln wählbar. Es können aber auch beide Stufen zusammen abgeschlossen werden.

4 Der Antragssteller hat im Zeitpunkt der Aufnahme in die Zahnpflege-Versicherung oder bei Wechsel in eine höhere Leistungsstufe auf eigene Kosten und mittels zahnärztlichen Attests den Gesundheitszustand von Zähnen, Zahnfleisch, Odontoparodont und Kiefer auszuweisen. Für Kinder bis zum vollendeten sechsten Altersjahr wird kein zahnärztliches Attest verlangt.

Art. 69 | Berechnung der Versicherungsleistungen

1 Massgebend für die Berechnung sind Behandlungsbeginn und -ende. Für Behandlungsrechnungen, welche zwei oder mehr Kalenderjahre umfassen, wird der Rechnungsbetrag durch die Anzahl der Behandlungsmonate geteilt. Entsprechend der jeweiligen Behandlungsdauer werden Rechnungsbetrag und Leistungen den einzelnen Kalenderjahren zugewie-

sen. Es steht der versicherten Person jedoch frei, die Rechnung nach Behandlungstagen durch den Leistungserbringer austarieren zu lassen.

2 Die Gesamtleistung der ZV (inkl. Dritteleistungen) dürfen die totalen Kosten der zahnärztlichen Behandlung nicht übersteigen.

3 Die Versicherungsleistungen werden nur für bereits durchgeführte und in Rechnung gestellte Behandlungen erbracht.

Art. 70 | Zahnärztliche Behandlungen Im Ausland

Die Leistungen der Zahnpflege-Versicherung werden auch dann erbracht, wenn die Behandlung im Ausland erfolgt und die ausländische Medizinalperson über eine Ausbildung verfügt, die einer schweizerischen gleichwertig ist.

Art. 71 | Kündbarkeit

Die ZV-Stufen I und II sind einzeln kündbar.