

Inhaltsverzeichnis

I Einleitung	1
II Versicherungsschutz	1
2.1 Wer kann diese Versicherung abschliessen?	1
2.2 Welchen Schutz bietet rhenuHOSPITAL?	1
2.3 Welche Leistungsstufen bietet rhenuHOSPITAL?	1
2.4 Welches ist der örtliche Geltungsbereich?	2
III Leistungsumfang	2
3.1 Welches sind die Leistungsvoraussetzungen?	2
3.2 Welche Leistungen werden im Spital in der Schweiz übernommen?	2
3.3 Welche Leistungen werden im Spital im Ausland übernommen?	2
3.4 Welche Kosten sind für Begleitpersonen gedeckt (Rooming-In)?	2
3.5 Wie sieht es mit Kinderbetreuungsleistungen (Kids Care) aus?	2
3.6 Welche Beiträge an Bade- und Erholungskuren erhalte ich?	3
3.7 Welche psychiatrischen Leistungen kann ich in Anspruch nehmen?	2
3.8 Welche Haushalthilfe- und Hauskrankenpflege-Leistungen sind gedeckt?	3
3.9 Was beinhaltet die Option Mutterschaft?	3
3.10 Was deckt die Option Langzeitpflege?	3
IV Allgemeine Bestimmungen	3
A Versicherungsdauer	3
4.a.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?	3
4.a.2 Wann ist das Versicherungsverhältnis beendet?	3
4.a.3 Wie kann ich die Versicherung kündigen?	3
4.a.4 Wie kann ich die Versicherung sistieren?	3
4.a.5 Wann kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis und insbesondere die AVB anpassen?	3
B Prämie	4
4.b.1 Wie wird die Prämie erhoben?	4
4.b.2 Wann und wie wird die Prämie angepasst?	4
4.b.3 Was passiert, wenn nicht termingerecht bezahlt wird?	4
4.b.4 Wann besteht ein Anspruch auf Rückerstattung der Prämie?	4
4.b.5 Können Prämien mit Leistungen verrechnet, Leistungen abgetreten oder verpfändet werden?	4
C Leistungsausschlüsse	4
4.c.1 Was ist nicht versichert?	4
D Datenschutz	4
4.d.1 Was passiert mit meinen Daten?	4
4.d.2 Werden Personendaten an Dritte weitergegeben?	4
4.d.3 Wie lange werden Personendaten aufbewahrt?	4
E Mitteilungen	5
4.e.1 Wie werde ich informiert?	5
F Pflichten des Versicherten	5
4.f.1 Welche Pflichten habe ich als Versicherter beim Abschluss?	5
4.f.2 Welche Pflichten habe ich als Versicherter während der Versicherungsdauer?	5
4.f.3 Welche Pflichten habe ich als Versicherter im Schadenfall?	5

G Subsidiarität, Vorleistung sowie Leistungen Dritter 5

4.g.1 Was gilt hinsichtlich Zahlungsverbindlichkeiten mit Dritten?	5
4.g.2 Was gilt bei mehrfacher Versicherungsdeckung und Leistungen Dritter?	5
4.g.3 Wann erbringt der Versicherer Vorleistungen?	5

H Schlussbestimmungen 5

4.h.1 Wo befindet sich der Gerichtsstand?	5
---	---

I Einleitung

Soweit nachfolgend nichts Abweichendes festgelegt wird, erbringt der Versicherer die Versicherungsleistungen als Partei des Versicherungsvertrages im Verhältnis zu den Versicherten und wird als «Versicherer» bezeichnet.

Die wesentlichen Bestimmungen über Ihre Spitalzusatzversicherung rhenuHOSPITAL finden Sie

- in Ihrer Versicherungspolice;
- in den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB);
- im Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

Die Bestimmungen gelten vorrangig in der Reihenfolge, wie sie aufgeführt sind.

Alle im Text verwendeten Begriffe, welche Personen bezeichnen, sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Leistungen anderer Sozialversicherungen werden angerechnet.

II Versicherungsschutz

2.1 Wer kann diese Versicherung abschliessen?

Jede Person, die das 60. Altersjahr noch nicht vollendet hat, kann diese Versicherung beantragen.

Vorgeburtliche Anmeldungen werden ohne Vorbehalt aufgenommen.

2.2 Welchen Schutz bietet rhenuHOSPITAL?

rhenuHOSPITAL gewährt in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen an die Kosten für zusätzlichen Hotelleriekomfort und Kosten für die Arztwahl infolge eines Aufenthaltes in der halbprivaten oder privaten Abteilung in einem Spital einschliesslich Rehakliniken. Ebenfalls gewährt rhenuHOSPITAL Beiträge an Spitalbehandlungen im Ausland (Notfall), Bade- und Erholungskuren sowie Haushalthilfe und Hauskrankenpflege.

Versichert sind Leistungen als Folge von Krankheit, Unfall und Mutterschaft, wobei Mutterschaftsleistungen der gleichnamigen Zusatzoption bedürfen.

2.3 Welche Leistungsstufen bietet rhenuHOSPITAL?

rhenuHOSPITAL gewährt folgende Leistungsstufen:

- Leistungsstufe PLATIN: private Abteilung;
Es wird kein Selbstbehalt erhoben.
Liegt die versicherte Person allgemein, erhält sie pro Spitaltag CHF 250.00 sowie bei der halbprivaten Abteilung pro Spitaltag CHF 100.00, max. 12 Tage pro Fall.
- Leistungsstufe GOLD: halbprivate Abteilung;
Der Selbstbehalt beträgt bei privater Abteilung 20%, max. CHF 6'000.00 pro Jahr.
Liegt die versicherte Person allgemein, erhält sie pro Spitaltag CHF 100.00, max. 12 Tage pro Fall.
- Leistungsstufe SILBER: allgemeine Abteilung.
Der Selbstbehalt beträgt bei halbprivater Abteilung 20%, max. CHF 4'000.00 pro Jahr sowie bei privater Abteilung 35% max. CHF 6'000.00 pro Jahr

Zusätzlich bietet rhenuHOSPITAL zu den drei Leistungsstufen zwei Optionen an. Diese Optionen beinhalten einerseits das Mutterschaftsrisiko, andererseits werden Beiträge an die Langzeitpflege erbracht. Die Optionen können nur zusammen mit einer Leistungsstufe gewählt werden.

2.4 Welches ist der örtliche Geltungsbereich?

Die Versicherung erbringt Beiträge an Leistungen, welche in der Schweiz erbracht worden sind.

III Leistungsumfang

3.1 Welches sind die Leistungsvoraussetzungen?

Voraussetzung für die Ausrichtung der Leistungen ist das Vorliegen medizinischer Notwendigkeit sowie die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen.

Um diesen Sachverhalt prüfen zu können, hat der Versicherte den Aufforderungen des Versicherers bzw. von seinem Vertrauensarzt nachzukommen.

Bei Heilanstalten, welche auf der kant. Spitalliste aufgeführt sind, werden die Versicherungsleistungen nach Massgabe dieses Tarifs erbracht. Der Tarif gilt als anerkannt, wenn zwischen Heilanstalt und Versicherer ein Tarifvertrag abgeschlossen wurde oder ein von der Heilanstalt einseitig erlassener Tarif vom Versicherer ausdrücklich anerkannt wird. Für die Vergütung von Leistungen von Heilanstalten ohne anerkannten Tarif legt der Versicherer Maximaltarife fest. Diese Maximaltarife richten sich nach den von dem Versicherer anerkannten Tarifen einer vergleichbaren, in der Wohnregion des Versicherten gelegenen Heilanstalt. Die Liste kann ferner auch Heilanstalten benennen, für welche der Versicherer überhaupt keine Leistungen erbringt.

3.2 Welche Leistungen werden im Spital in der Schweiz übernommen?

rhenuHOSPITAL bietet folgende Leistungsstufen an:

- PLATIN: volle Kostendeckung in der privaten Abteilung;
- GOLD: volle Kostendeckung in der halbprivaten Abteilung;
- SILBER: volle Kostendeckung in der allgemeinen Abteilung in der ganzen Schweiz.

Vor dem Eintritt ins Spital entscheidet der Versicherte, in welcher Abteilung er sich behandeln lassen will. Stimmt die gewählte Abteilung mit der versicherten Leistungsstufe überein, werden die vollen Kosten des Anteils des Zusatzversicherungsbereichs der Rechnung übernommen. Entscheidet sich der Versicherte für eine höhere Abteilung als dies die versicherte Leistungsstufe vorsieht, schuldet der Versicherte die, in dem

Punkt 2.3. festgelegte Kostenbeteiligung. Im Falle der Wahl einer tieferen Abteilung erhält der Versicherte eine Gutschrift, welche ebenfalls im Punkt 2.3 geregelt ist. Werden die Sätze für die Gutschrift herabgesetzt bzw. für die Kostenbeteiligung erhöht, fällt dies auch unter Artikel 4.b.2.

Bei stationärer Behandlung in einem Akutspital und in einer Rehaklinik werden die versicherten Leistungen – soweit vermerkt – zeitlich beschränkt vergütet.

3.3 Welche Leistungen werden im Spital im Ausland übernommen?

Bei einem stationären Aufenthalt in einem Akutspital (Notfall) werden an die Kosten der wissenschaftlich anerkannten und zweckdienlichen Behandlungen und für Unterkunft und Verpflegung in Abhängigkeit der Leistungsstufe folgende Beiträge geleistet:

- PLATIN: volle Deckung während maximal 60 Tagen im Jahr;
- GOLD: CHF 1000.00/Tag während maximal 60 Tagen im Jahr;
- SILBER: CHF 500.00/Tag während maximal 60 Tagen im Jahr.

3.4 Welche Kosten sind für Begleitpersonen gedeckt (Rooming-In)?

Bei einer stationären Behandlung im Spital gewährt rhenuHOSPITAL folgende Beiträge an die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer nahestehenden Begleitperson:

- PLATIN: CHF 100.00/Tag während maximal 15 Tagen im Jahr;
- GOLD: CHF 50.00/Tag während maximal 15 Tagen im Jahr;
- SILBER: keine Leistungen.

3.5 Wie sieht es mit Kinderbetreuungsleistungen (Kids Care) aus?

Falls ein Kind der versicherten und berufstätigen Person erkrankt oder verunfallt und diese Person die Kinderbetreuung selber nicht sicherstellen kann oder aber die haushaltführende, versicherte Person stationär im Spital liegt, zahlt rhenuHOSPITAL einen Anteil der Kosten (max. CHF 30.00 pro Stunde) für eine speziell ausgebildete und qualifizierte Betreuungsperson (Spitex, Pro Senectute), welche sich um das Kind kümmert:

- PLATIN: max. 100 Stunden pro Jahr;
- GOLD: max. 50 Stunden pro Jahr;
- SILBER: max. 30 Stunden pro Jahr.

Es gilt die Leistungsstufe des Elternteils. Versichert sind Leistungen wie die Körperpflege des Kindes, die Verabreichung von Medikamenten sowie die Zubereitung von Mahlzeiten. Nicht versichert sind Kosten für allgemeine Haushaltsarbeiten wie z.B. Einkaufen, Waschen, Bügeln, Reinigungsarbeiten, etc.

Die Leistung wird bis zum 15. Lebensjahr des Kindes erbracht. Als weitere Leistungsvoraussetzung muss auch das Kind über eine rhenuHOSPITAL Deckung verfügen.

Die Kostengutsprache erteilt der Versicherer, welcher dadurch die Qualität der Betreuung sicherstellen kann. Die Leistungen werden nicht erbracht, wenn der Versicherer keine Kostengutsprache erteilt hat. Der Kuraufenthalt muss mindestens 12 Tage andauern.

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenuHOSPITAL.doc
Verantwortlich	VS			Seite	2 von 5

3.6 Welche Beiträge an Bade- und Erholungskuren erhalte ich?

Für ärztlich verordnete Bade- und Erholungskuren in einem vom Versicherer anerkannten Institut vergütet rhenusHOSPITAL folgende Beiträge:

- PLATIN: CHF 100.00/Tag, maximal 30 Tage im Jahr;
- GOLD: CHF 50.00/Tag, maximal 30 Tage im Jahr;
- SILBER: CHF 30.00/Tag, maximal 30 Tage im Jahr.

Die Kostengutsprache erteilt der Versicherer, welche dadurch die Qualität der Betreuung sicherstellen kann. Die Leistungen werden nicht erbracht, wenn der Versicherer keine Kostengutsprache vor Kurbeginn erteilt hat.

3.7 Welche psychiatrischen Leistungen kann ich in Anspruch nehmen?

Bei stationären Behandlungen in einer psychiatrischen Klinik sind für alle drei Leistungsstufen die Kosten von max. 180 Tagen innerhalb von 1080 Tagen in der allgemeinen Abteilung gedeckt, sofern der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik medizinisch notwendig ist.

3.8 Welche Haushalthilfe- und Hauskrankenpflegeleistungen sind gedeckt?

Leistungen für Haushalthilfe werden ausgerichtet, wenn ein Versicherter aufgrund einer akuten Erkrankung oder eines Unfalles und wegen seiner persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt. Die Notwendigkeit der Haushalthilfe muss durch ein ärztliches Zeugnis ausgewiesen sein. Bei einem Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Haushalthilfe erbracht.

Beiträge werden ebenfalls für ärztlich verordnete Hauskrankenpflege geleistet, bei welcher der Beizug einer Berufspflegeperson gegen Entgelt erforderlich ist und wenn damit ein Spital- oder Kuraufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann. Als Pflegeperson kann auch anerkannt werden, wer dem Kranken täglich die notwendige Pflege angedeihen lässt und dadurch nachweisbar in seiner beruflichen Tätigkeit einen Erwerbsausfall erleidet.

Insgesamt werden für Haushalthilfe und Hauskrankenpflege zusammen folgende Beiträge geleistet:

- PLATIN: CHF 100.00/Tag, maximal 30 Tage im Jahr;
- GOLD: CHF 50.00/Tag, maximal 30 Tage im Jahr;
- SILBER: CHF 30.00/Tag, maximal 30 Tage im Jahr.

Die Kostengutsprache erteilt der Versicherer, welcher dadurch die Qualität der Betreuung sicherstellen kann. Es werden keine Leistungen erbracht, wenn der Versicherer keine Kostengutsprache erteilt hat oder kein ärztliches Zeugnis vorliegt.

An den Selbstbehalt der Krankenpflege aus der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung werden keine Leistungen erbracht.

3.9 Was beinhaltet die Option Mutterschaft?

Bei der Wahl der Option Mutterschaft vergütet der Versicherer neben der Niederkunft auch den Spitalaufenthalt des gesunden Neugeborenen während dessen Spitalaufenthaltsdauer, höchstens jedoch während 15 Tagen.

Für den Bezug von Mutterschaftsleistungen muss die Versicherung seit mindestens 18 Monate ab Versicherungsbeginn bestehen.

3.10 Was deckt die Option Langzeitpflege?

Die Option Langzeitpflege leistet einen Beitrag an die wirtschaftlichen Folgen der Langzeitpflegebedürftigkeit, die aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalles eingetreten ist.

Voraussetzung ist das Vorliegen einer ärztlichen Verordnung und der Aufenthalt in einem vom Versicherer anerkannten Pflegeheim.

Der Leistungsanspruch beginnt frühestens an dem Tag, an dem die Pflegebedürftigkeit ausgewiesen ist. Bei Pflegebedürftigkeit infolge Krankheit ist weiter eine Karenzfrist von einem Jahr zu beachten, wonach nach Beginn der Versicherung der Anspruch auf diese Leistung für ein Jahr nicht besteht. Für Leistungen infolge Unfall besteht keine Karenzfrist.

Pro Tag wird ein Beitrag von maximal CHF 100.00 entrichtet, wobei die maximale Leistungsdauer in Abhängigkeit zur Versicherungsdauer steht:

- 100 Bezugstage im 2. Versicherungsjahr nach Ablauf der Karenzfrist;
- 300 Bezugstage vom 3.-5. Versicherungsjahr nach Ablauf der Karenzfrist;
- 500 Bezugstage ab dem 6. Versicherungsjahr nach Ablauf der Karenzfrist.

Für Hotelleriekosten (Kost und Logis) werden keine Leistungen erbracht.

IV Allgemeine Bestimmungen

A Versicherungsdauer

4.a.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Die Versicherungsdeckung beginnt an dem auf der Police aufgeführten Tag, vorbehaltlich der Karenzfrist.

Die Mindestversicherungsdauer beträgt 1 Jahr.

Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf stillschweigend um ein weiteres Jahr.

4.a.2 Wann ist das Versicherungsverhältnis beendet?

Ohne gegenteilige Vereinbarung erlischt die Versicherung auf Ende des Monats:

- bei Kündigung auf Ende des Kalenderjahres unter Einhaltung der vereinbarten Kündigungsfrist;
- bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland;
- mit dem Tod des Versicherten.

4.a.3 Wie kann ich die Versicherung kündigen?

Diese Versicherung kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres, erstmals nach ununterbrochener einjähriger Versicherungsdauer, schriftlich gekündigt werden. Die rhenusana verzichtet auf das Kündigungsrecht nach Ablauf der Vertragsdauer.

Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag des Monats vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist beim Versicherer eingetroffen ist.

Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung erbringt, kann der Versicherungsnehmer innert 14 Tagen seit Auszahlung der Entschädigung oder seit deren Kenntnisnahme diese Versicherung schriftlich kündigen. Die Versicherungsdeckung erlischt 14 Tage nach dem Eintreffen der Kündigung beim Versicherer.

Versicherungsnehmer, die mit einer Anpassung der Versicherung nach Ziffer 4.a.5 oder einer Prämienänderung nach Ziffer 4.b.2 der Versicherungsbedingungen nicht einverstanden sind, können dieses Versicherungsprodukt auf das Datum der Änderung kündigen.

Erhält der Versicherer innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine schriftliche Kündigung, gilt dies als Zustimmung der Änderung.

Prämienänderungen infolge Wohnsitzwechsel berechtigen nicht zur oben erwähnten ausserordentlichen Kündigung.

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenusHOSPITAL.doc
Verantwortlich	VS			Seite	3 von 5

Der Versicherer verzichtet im Schadenfall auf das Kündigungsrecht, sofern nicht ein Fall von vollendetem oder versuchtem Versicherungsmissbrauch vorliegt.

4.a.4 Wie kann ich die Versicherung sistieren?

Der Versicherte kann die Versicherung sistieren, wenn er nachweisbar mindestens 6 Monate im Ausland weilt.

Die Sistierung beginnt mit dem 1. Tag des folgenden Monats und dauert längstens 5 Jahre. Die Prämie während dieser Zeit reduziert sich auf 10% des normalen Tarifs, mindestens CHF 5.00 pro Monat.

4.a.5 Wann kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis und insbesondere die AVB anpassen?

Der Versicherer ist berechtigt, die Versicherungsbedingungen einseitig anzupassen, namentlich bei:

- erheblicher Ausweitung der Anzahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern;
- Entwicklungen der modernen Medizin;
- Leistungsänderungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Werden die Versicherungsbedingungen angepasst, gelten für den Versicherungsnehmer und den Versicherer die neuen Bedingungen, spätestens 30 Tage ab Zustellung der jeweiligen AVB. Zudem werden die Änderungen noch im Publikationsorgan des Versicherers mitgeteilt.

B Prämie

4.b.1 Wie wird die Prämie erhoben?

Für Versicherungsabschlüsse während des Kalenderjahres wird die Prämie für die Restzeit erhoben.

Die Prämie ist für das ganze Kalenderjahr im Voraus geschuldet, sofern nichts anderes vereinbart wurde.

4.b.2 Wann und wie wird die Prämie angepasst?

Die Prämien werden nach dem Alter des Versicherten berechnet. Dabei werden die Versicherten in Altersgruppen eingeteilt, welche verschiedene Altersjahre umfassen und dem Alter des Versicherten entsprechend angepasst werden. Die Altersgruppen werden wie folgt festgelegt: bis 18, bis 25, bis 30, bis 35, bis 40, bis 45, bis 50, bis 55, bis 60, bis 65, bis 70, bis 75, ab 76 Jahren.

Der Versicherer kann die Prämientarife auf Grund der Kostenentwicklung, des Schadenverlaufs sowie wegen Anpassung des Deckungsumfangs jährlich neu festlegen. Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern diese Änderungen schriftlich mit.

Hat ein Wohnsitzwechsel eine Prämienanpassung zur Folge, wird die Prämie auf diesen Zeitpunkt angepasst.

Bei zwei und mehr in einem Haushalt lebenden versicherten Personen bzw. wenn die Zahlung über ein Familienmitglied erfolgt, wird ein Familienrabatt von 5% gewährt.

Für das 3. Kind wird ein Rabatt von 50% gewährt, wenn die beiden älteren Geschwister (bis 18 Jahre) dieselbe Versicherungsdeckung haben.

4.b.3 Was passiert, wenn nicht termingerecht bezahlt wird?

Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, so wird er schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung den geschuldeten Betrag zu bezahlen. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht

nach Ablauf der Mahnfrist. Der Versicherer behält sich zudem vor, von der Versicherung zurückzutreten.

Für Schadenfälle und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, besteht selbst bei nachträglicher Zahlung der Prämie kein Leistungsanspruch.

Der Versicherungsnehmer hat den durch ein Mahnverfahren entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand dem Versicherer mit einem Betrag von CHF 50.00 zu entschädigen. Muss der Versicherer ein Betreibungsbegehren stellen, so hat der Versicherungsnehmer neben den Betreibungskosten den daraus entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand des Versicherers mit CHF 150.00 zu entschädigen.

4.b.4 Wann besteht ein Anspruch auf Rückerstattung der Prämie?

Sofern die Prämie für eine bestimmte Versicherungsdauer vorausbezahlt wurde und der Vertrag aus einem gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Grund vor Ende dieser Dauer aufgehoben wird, bezahlt der Versicherer die Prämie für die nicht beanspruchte Versicherungsperiode zurück.

Es besteht kein Anspruch auf Rückerstattung, wenn der Vertrag weniger als 1 Jahr in Kraft war und der Versicherte die Vertragsauflösung durch Kündigung veranlasste.

4.b.5 Können Prämien mit Leistungen verrechnet, Leistungen abgetreten oder verpfändet werden?

Der Versicherer hat gegenüber dem Versicherungsnehmer ein Verrechnungsrecht, nicht hingegen der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer.

Leistungen können nur mit schriftlicher Zustimmung des Versicherers rechtswirksam verpfändet oder an Dritte abgetreten werden.

C Leistungsausschlüsse

4.c.1 Was ist nicht versichert?

Keine Leistungen werden erbracht bei Leiden:

- die beim Abschluss der Versicherung schon bestanden haben;
- die nach Erlöschen der Versicherung aufgetreten sind;
- die nach Erlöschen der Versicherungsdeckung weiterbestehen, auch wenn bereits während der Versicherungsdauer Leistungen ausgerichtet wurden;
- infolge Konsums von Alkohol, Medikamenten, Drogen und Chemikalien;
- infolge kriegerischer Ereignisse in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- infolge kriegerischer Ereignisse im Ausland, es sei denn, der Versicherte erkrankt oder verunfallt innert 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in dem er sich aufhält, und er vom Ausbruch der kriegerischen Ereignisse dort überrascht worden ist;
- infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie;
- infolge Selbstverstümmelung sowie dem Versuch der Selbsttötung;
- infolge absichtlicher Herbeiführung des Schadens. Bei grobfahrlässiger Herbeiführung des Schadens kann der Versicherer die Leistungen entsprechend dem Grad des Verschuldens kürzen.

D Datenschutz

4.d.1 Was passiert mit meinen Daten?

Der Versicherer verwendet die personenbezogenen Informationen des Versicherten für die Vertragsabwicklung sowie für die

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenuHOSPITAL.doc
Verantwortlich	VS			Seite	4 von 5

persönliche Patientenberatung und Betreuung aber auch um die Qualität der Produkte und Dienstleistungen, die er seinen potenziellen, bestehenden sowie ehemaligen Versicherten anbietet, fortlaufend zu verbessern.

Um auf die unterschiedlichen und individuellen Bedürfnisse der Versicherten möglichst optimal einzugehen sowie Produkte und Dienstleistungen des Versicherers anzubieten, die kostengünstig sind, können die Daten für bedürfnisorientierte Kundengruppenbildungen mit mathematischen und statistischen Methoden ausgewertet werden. Dem Versicherer ist es deshalb auch ausdrücklich gestattet, in das allenfalls vorhandene Krankenversicherungsdossier aus der Grund- und/oder Zusatzversicherung Einsicht zu nehmen. Es wird indessen nur im Zusatzversicherungsbereich zu den vorgenannten Zwecken bearbeitet.

4.d.2 Werden Personendaten an Dritte weitergegeben?

Der Versicherer untersteht den Datenschutzvorschriften. Es werden daher grundsätzlich keine personenbezogenen Informationen an Dritte ausserhalb dem Versicherer bekannt gegeben.

Ausnahmen bestehen nur in jenen Fällen, bei denen eine Datenbekanntgabe durch eine gesetzliche Bestimmung ausdrücklich vorgeschrieben bzw. erlaubt ist oder wenn zur Abwicklung und Erfüllung der vorliegenden Versicherung Partnerunternehmen beigezogen werden.

4.d.3 Wie lange werden Personendaten aufbewahrt?

Die Personendaten werden nur so lange bearbeitet und in einer Datenbank oder auf Papier aufbewahrt, wie es die gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen zwingend erfordern.

E Mitteilungen

4.e.1 Wie werde ich informiert?

Der Versicherte erhält Mitteilungen des Versicherers an die zuletzt gemeldete Adresse in der Schweiz. Weitere Informationen werden im Kundenmagazin, dem Publikationsorgan des Versicherers, sowie auf der Homepage des Versicherers veröffentlicht.

F Pflichten des Versicherten

4.f.1 Welche Pflichten habe ich als Versicherter beim Abschluss?

Im Antragsformular sind alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so, wie sie beim Abschluss der Versicherung bekannt sind oder bekannt sein müssen, wahrheitsgemäss und vollständig anzugeben. Werden solche Tatsachen unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, kann der Versicherer innert vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag durch schriftliche Erklärung kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherten wirksam. Wird die Versicherung durch Kündigung aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung.

4.f.2 Welche Pflichten habe ich als Versicherter während der Versicherungsdauer?

Der Antragsteller und der Versicherte entbinden Leistungserbringer, Krankenversicherer und andere zuständige Stellen

von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Auskunftsbegehren des Versicherers und ermächtigen sie, die verlangten Auskünfte zu erteilen.

Wohnsitzänderungen sind dem Versicherer innert Monatsfrist schriftlich mitzuteilen.

4.f.3 Welche Pflichten habe ich als Versicherter im Schadenfall?

Im Schadenfall hat der Versicherte alles zu unternehmen, was seine Genesung fördert, und alles zu unterlassen, was diese verzögert. Insbesondere hat er den Anordnungen von medizinischen Fachpersonen (Ärzte, Zahnärzte, Chiropraktoren etc.) Folge zu leisten. Kommt er dieser Schadenminderungspflicht nicht nach, kann der Versicherer die Leistungen entsprechend dem Grad des Verschuldens kürzen.

Jeder Versicherungsfall, der einen Leistungsanspruch auslösen kann, ist dem Versicherer durch Zustellen der Originalrechnung zu melden.

G Subsidiarität, Vorleistung sowie Leistungen Dritter

4.g.1 Was gilt hinsichtlich Zahlungsvereinbarungen mit Dritten?

Zahlungsvereinbarungen zwischen Rechnungssteller und Versicherten sind für den Versicherer nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des Tarifs, der vom Versicherer für den betreffenden Leistungserbringer anerkannt wird.

Trifft der Versicherte mit leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung des Versicherers Vereinbarungen, in welchen er teilweise oder gänzlich auf Versicherungs- oder Schadenersatzansprüche verzichtet, entfällt die Leistungspflicht des Versicherers.

4.g.2 Was gilt bei mehrfacher Versicherungsdeckung und Leistungen Dritter?

Sämtliche vertraglichen Leistungen werden im Nachgang zu den Sozialversicherungsleistungen aus- oder inländischer Versicherer (Sozial- oder Privatversicherer), insbesondere auch zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, erbracht.

Bei mehreren leistungspflichtigen Privatversicherungen leistet der Versicherer anteilmässig (Art. 71 VVG).

Sind haftpflichtige Dritte leistungspflichtig, gewährt der Versicherer seine Leistungen vorbehältlich Ziffer 4.g.3 nur, wenn die Dritten ihre Leistungen erbracht haben und nur in dem Masse, als unter der Berücksichtigung der Leistungen Dritter dem Versicherten kein Gewinn erwächst.

4.g.3 Wann erbringt der Versicherer Vorleistungen?

Der Versicherer erbringt Vorleistungen, wenn

- ihm der Versicherte seine Ansprüche gegenüber leistungspflichtigen Dritten bis zur Höhe der von ihm erbrachten Leistungen abtritt und
- der Versicherte sich verpflichtet, nichts zu unternehmen, was der Geltendmachung eines allfälligen Rückgriffs gegenüber Dritten entgegensteht.

H Schlussbestimmungen

4.h.1 Wo befindet sich der Gerichtsstand?

Klagen aus dem Versicherungsvertrag sind wahlweise möglich beim Gericht am schweizerischen Wohnsitz des Versicherten oder am Sitz des Versicherers.

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenuHOSPITAL.doc
Verantwortlich	VS			Seite	5 von 5