

Inhaltsverzeichnis

I Einleitung	1
II Versicherungsschutz	1
2.1 Wer kann diese Versicherung abschliessen?	1
2.2 Welchen Schutz bietet rhenuPLUS?	1
2.3 Welche Leistungsstufen bietet rhenuPLUS?	1
2.4 Welches ist der örtliche Geltungsbereich?	2
III Leistungen	2
3.1 Welches sind die Leistungsvoraussetzungen?	2
3.2 Medikamente	2
3.3 Sehhilfen	2
3.4 Hilfsmittel	2
3.5 Transport in der Schweiz	2
3.6 Personen-Assistance	2
3.7 Spezielle Behandlungsformen	2
3.8 Kieferorthopädische Behandlung (Zahnstellungs- korrekturen) gem. SSO-Tarif	2
3.9 Komplementärmedizin	2
3.10 Gesundheitsförderung/Prävention	3
3.11 Patientenrechtsschutz-Versicherung	3
3.12 Option Lifecycle	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?	4
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?	5
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 Zahlungsvereinbarungen 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
Anhang 1	6
Patientenrechtsschutz	6

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 ambulante Zusatzversicherung rhenuPLUS 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 rhenuPLUS?

rhenuPLUS gewährt bei medizinischer Notwendigkeit Leistungen an die Kosten von Nichtpflichtmedikamenten, Leistungen im Ausland, Personen-Assistance, Transportkosten, Sehhilfen, Mittel und Gegenstände, kieferorthopädische Behandlungen für Kinder (Kapitel XI der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft, SSO) sowie spezielle Therapieformen. Weiter werden in Abhängigkeit zur Leistungsstufe Leistungen an die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen der Komplementärmedizin sowie an Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen gewährt. Ebenfalls beinhaltet rhenuPLUS eine vermittelte Patienten-Rechtsschutzversicherung.

2.3 Welche Leistungsstufen bietet rhenuPLUS?

rhenuPLUS gewährt folgende Leistungsstufen:

- Leistungsstufe PLATIN;
- Leistungsstufe GOLD;
- Leistungsstufe SILBER.

Zusätzlich bietet rhenuPLUS zu den drei Leistungsstufen eine Option an. Diese Option beinhaltet verschiedene Leistungen, welche sich an den einzelnen Lebensabschnitten orientieren. Die Option kann nur zusammen mit einer Leistungsstufe gewählt werden.

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenuPLUS.doc
Verantwortlich	VS			Seite	1 von 8

2.4 Welches ist der örtliche Geltungsbereich?

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

III Leistungen

3.1 Welches sind die Leistungsvoraussetzungen?

Vorausgesetzt für die Ausrichtung der Leistungen ist das Vorliegen der Notwendigkeit der Behandlungen.

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

3.2 Medikamente

Für ärztlich verordnete Medikamente, welche beim Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) für die entsprechende Indikation registriert sind und nicht unter die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen, übernimmt rhenuPLUS in den Leistungsstufen:

- PLATIN: 90%, maximal CHF 50'000.00/Jahr;
- GOLD: 90%, maximal CHF 20'000.00/Jahr;
- SILBER: 90%, maximal CHF 5'000.00/Jahr.

Für Produkte auf der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV), Produkte der Parapharmazie oder ähnlichen nichtpflichtigen Medikamenten besteht kein Anspruch auf Vergütung.

3.3 Sehhilfen

An geschliffene Brillengläser oder Kontaktlinsen, welche durch einen Optiker oder durch einen Augenarzt verordnet sind, werden folgende Beiträge vergütet:

- PLATIN: 90%, maximal CHF 400.00/Jahr;
- GOLD: 90%, maximal CHF 200.00/Jahr;
- SILBER: 90%, maximal CHF 100.00/Jahr.

Leistungsansprüche für Sehhilfen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden vom obigen Betrag abgezogen.

3.4 Hilfsmittel

Medizinisch begründete und ärztlich verordnete Hilfsmittel, die den Gebrauch eingeschränkter Körperfunktionen verbessern, werden wie folgt entschädigt:

- PLATIN: 90%, maximal CHF 1000.00/Jahr;
- GOLD: 90%, maximal CHF 500.00/Jahr;
- SILBER: 90%, maximal CHF 200.00/Jahr.

Der Versicherer führt eine Liste der Mittel und Gegenstände, auf die ein Leistungsanspruch besteht, ausgenommen Sehhilfen als Hilfsmittel.

Mittel und Gegenstände, bei welchen ein Ablehnungsentscheid der AHV bzw. der IV vorliegt (die Leistungspflicht der AHV und der IV geht vor), muss der Versicherte die Rechnung jeweils mit dem Ablehnungsentscheid der AHV/IV und der ärztlichen Verordnung einreichen.

3.5 Transport in der Schweiz

An die Kosten inländischer Rettungs-, Bergungs- und Nottransporte übernimmt rhenuPLUS in Ergänzung zur Krankenpflegeversicherung in den Leistungsstufen:

- PLATIN: maximal CHF 20'000.00/Jahr;
- GOLD: maximal CHF 15'000.00/Jahr;
- SILBER: maximal CHF 10'000.00/Jahr.

Das Transportmittel muss wirtschaftlich und zweckmässig sein.

3.6 Personen-Assistance

Wenn ein Versicherter im Ausland erkrankt, verunfallt oder eine ärztlich attestierte, unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt, übernimmt rhenuPLUS folgende Leistungen:

- Rettungsaktionen und Transporte, sofern der von dem Versicherer bzw. der von ihm bezeichneten Organisation beauftragte Arzt dies für notwendig erachtet;
- Suchaktionen, die im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung der versicherten Person unternommen werden, max. CHF 20'000.00 pro Versicherter;
- Heimschaffung an den schweizerischen Wohnort bzw. Spital, sofern der Versicherer bzw. der von dem Versicherer bezeichneten Organisation beauftragte Arzt dies für notwendig erachtet;
- Kostengutsprachen im Rahmen der bestehenden Versicherungsdeckung, wenn ein Versicherter im Ausland ambulant oder stationär behandelt werden muss.

Wenn ein Spitalaufenthalt im Ausland länger als 7 Tage dauert, werden die Reisekosten einer Besuchsreise für einer der versicherten Person sehr nahestehenden Person in folgendem Ausmass bezahlt:

- Die ausgewiesenen Kosten für die Hin- und Rückreise, höchstens jedoch die Kosten für einen Flug in der Economy-Klasse;
- Die ausgewiesenen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, höchstens jedoch CHF 200.00/Tag und max. CHF 1'000.00 pro Schadenfall.

3.7 Spezielle Behandlungsformen

An spezielle Behandlungsformen (Atemtherapie, extrakorporale Stosswellentherapie am Bewegungsapparat (ESWT), Logopäden, Psychologen, Psychotherapeuten) gewährt rhenuPLUS folgende Beiträge:

- PLATIN: 75%, maximal CHF 5'000.00/Jahr;
- GOLD: 75%, maximal CHF 3'000.00/Jahr;
- SILBER: 75%, maximal CHF 1'500.00/Jahr.

Der Versicherer führt eine für den Versicherten verbindliche Liste derjenigen Behandlungsformen, für welche ein Leistungsanspruch besteht.

Voraussetzung ist die Behandlung durch einen Arzt (welcher anerkannt ist und eine entsprechende Zusatzausbildung besitzt), Naturarzt oder Heilpraktiker gemäss Erfahrungsmedizinisches Register „EMR“, der Stiftung zur Anerkennung und Entwicklung der Alternativ- und Komplementärmedizin (ASCA) oder der Naturärzte-Vereinigung der Schweiz „NVS“ (verbindliche Liste).

3.8 Kieferorthopädische Behandlung (Zahnstellungskorrekturen) gem. SSO-Tarif

Von den Kosten kieferorthopädischer Behandlungen (Zahnstellungskorrekturen) übernimmt rhenuPLUS bei versicherten Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr:

- PLATIN: 60%, unbeschränkt;
- GOLD: 60%, maximal CHF 10'000.00/Jahr;
- SILBER: 60%, maximal CHF 5'000.00/Jahr.

Die Karenzfrist beträgt 18 Monate.

3.9 Komplementärmedizin

An alternative ambulante und stationäre Behandlungsmethoden ohne gesetzliche Leistungspflicht gewährt rhenuPLUS bei medizinischer Notwendigkeit die folgenden Beiträge:

- PLATIN: 75%, maximal CHF 10'000.00/Jahr;

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenuPLUS.doc
Verantwortlich	VS			Seite	2 von 8

- GOLD: 75%, maximal CHF 5'000.00/Jahr;
- SILBER: keine Leistungen.

Voraussetzung ist die Behandlung durch einen Arzt (welcher anerkannt ist und eine entsprechende Zusatzausbildung besitzt), Naturarzt oder Heilpraktiker gemäss ErfahrungsMedizinisches Register „EMR“, der Stiftung zur Anerkennung und Entwicklung der Alternativ- und Komplementärmedizin (ASCA) oder der Naturärzte-Vereinigung der Schweiz „NVS“ (verbindliche Liste).

Ebenfalls vergütet im Rahmen der gewählten Leistungsstufe werden von Ärzten oder Naturheilärzten abgegebene oder verordnete Heilmittel.

3.10 Gesundheitsförderung/Prävention

Für die von einem Arzt durchgeführten oder angeordneten Präventionsmassnahmen in den Bereichen Vorsorgeuntersuchungen und Check-up und für gesundheitsfördernde Massnahmen wie Trainingstherapien, Rückenprogramme, Fitness (die Abo-Dauer muss mindestens 6 Monate umfassen), Schwangerschaft, Ernährung und Bewegung werden bei anerkannten Therapeuten folgende Beiträge geleistet:

- PLATIN: 75%, maximal CHF 2'000.00/Jahr;
- GOLD: 75%, maximal CHF 1'000.00/Jahr;
- SILBER: keine Leistungen.

Diese Limiten verstehen sich als Maximalbetrag für die Summe aller Kurse und Massnahmen innerhalb eines Jahres. Pro Massnahme beträgt die Entschädigung max. CHF 200.00/Jahr bei der Stufe Gold bzw. CHF 400.00/Jahr bei der Stufe Platin.

Der Versicherer führt von den anerkannten Leistungserbringern sowie von den anerkannten Massnahmen und Kursen eine für den Versicherten verbindliche Liste.

3.11 Patientenrechtsschutz-Versicherung

rhenuPLUS enthält den Patientenrechtsschutz der DAS Rechtsschutz-Versicherungs AG. Die allgemeinen Versicherungsbedingungen für diese Rechtsschutzversicherung bilden einen integrierenden Bestandteil der vorliegenden rhenuPLUS Versicherungsbedingungen und gehen diesen vor.

3.12 Option Lifecycle

In Ergänzung zu den Basisleistungen von rhenuPLUS bietet der Versicherer eine Wahloption an, die verschiedene Zusatzleistungen beinhaltet, welche den einzelnen Lebensabschnittsphasen Rechnung trägt.

Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden mit 50%, max. CHF 300.00/Massnahme und insgesamt bei mehreren Massnahmen mit max. CHF 1'000.00/Jahr unterstützt. Die Leistungen umfassen:

- Kurse für Babyschwimmen bis zum zweiten Lebensjahr;
- folgende Behandlungen bei Übergewicht:
 - ambulante Adipositasprogramme von entsprechenden Fachvereinen;
 - stationäre Aufenthalte für Übergewichtige in dafür geeigneten Institutionen;
- Kosten der Aknebehandlung bei der Kosmetikerin sowie Medikamente, die beim schweizerischen Heilmittelinstitut zugelassen und für diese Indikation registriert sind;
- Kosten für Unterbindung;
- Kostenbeteiligung an Masseur (EMR; ASCA, NVS) in der Höhe von CHF 200.00 (zusätzlich zu den Beiträgen, welche die Basisleistungen von rhenuPLUS zahlt);

- Kostenbeteiligung an ein Fitness-Abo (Qualitop anerkannt) in der Höhe von CHF 100.00 (zusätzlich zu den Beiträgen, welche die Basisleistungen der rhenuPLUS zahlt);
- an die Kosten der Pflege zu Hause (Nachbarschaftshilfe) CHF 30.00/Tag (bei Vorhandensein einer rhenuHOSPITAL Deckung zusätzlich entrichtet).

Unabhängig von den oben genannten Leistungen vergütet der Versicherer an die Augenlaser-Operationen und Linsenimplantate (ohne Katarakt, nicht KLV) 50%, maximal CHF 1'500.00 pro Auge. Die Karenzfrist beträgt 24 Monate.

Kostenbeteiligung an geschliffene Brillengläser und Kontaktlinsen von max. CHF 150.00 (zusätzlich zu den Beiträgen, welche die Basisleistungen der rhenuPLUS zahlt).

IV Allgemeine Bestimmungen

A Versicherungsdauer

4.a.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Die Versicherungsdeckung beginnt an dem auf der Police aufgeführten Tag.

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 Kalenderjahr 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 drei monatigen 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 Versicherte 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.

Versicherte, 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.

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.

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenuPLUS.doc
Verantwortlich	VS			Seite	3 von 8

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 ist.

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 der 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 Versicherten 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 Versicherte 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 Versicherte 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 Versicherer

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 Versicherten ein Verrechnungsrecht, nicht hingegen der Versicherte 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 der Versicherten für die Vertragsabwicklung sowie für die 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 Kunden-

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenuPLUS.doc
Verantwortlich	VS			Seite	4 von 8

gruppenbildungen 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 des Versicherers 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 Gefahrtatsache 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 vorbehaltlich Ziffer 4.g.3 nur, wenn die Dritten ihre Leistungen erbracht haben und nur in dem Masse, als unter der Berücksichtigung der Leistungen Dritter den 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_rhenuPLUS.doc
Verantwortlich	VS			Seite	5 von 8

Anhang 1

Patientenrechtsschutz-Versicherung (VVG)

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung	6
Art. 1.1 Versicherungsträger	6
Art. 1.2 Gemeinsame Bestimmungen	6
Art. 1.3 Kollektivvertrag	6
2. Deckungsumfang	6
Art. 2.1 Allgemein	6
Art. 2.2 Versicherte Streitigkeiten	6
Art. 2.3 Nicht versicherte Streitigkeiten	6
3. Versicherte Personen	6
4. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung	6
Art. 4.1 Im Allgemeinen	6
Art. 4.2 Auflösung des Kollektivvertrages	7
5. Örtlicher Geltungsbereich	7
6. Zeitlicher Geltungsbereich	7
7. Versicherte Leistungen	7
8. Rechtsschutzfall	7
Art. 8.1 Anmeldung eines Rechtsschutzfalles	7
Art. 8.2 Abwicklung eines Rechtsschutzfalles	7
Art. 8.3 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten	7
9. Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz	7
Art. 9.1 Informationen für den Antragsteller vor Vertragsabschluss	7
Art. 9.2 Datenschutz	7
10. Schlussbestimmungen	8
Art. 10.1 Gerichtsstand	8
Art. 10.2 Anwendbares Recht	8

Sämtliche Formulierungen umfassen grundsätzlich beide Geschlechter.

1. Grundlagen der Versicherung

Art. 1.1 Versicherungsträger

Versicherungsträger der Patientenrechtsschutz-Versicherung ist die DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG, Lausanne (nachfolgend Versicherer).

Vermittelnde Krankenkasse ist die auf der Versicherungspolice aufgeführte Krankenkasse (nachfolgend rhenusana). Die rhenusana selber übernimmt keine Haftung für irgendwelche Ansprüche des Versicherten gegenüber dem Versicherer.

Art. 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die gemeinsamen Bestimmungen der rhenusana sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen über den Patientenrechtsschutz. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen der Patientenrechtsschutz-Versicherung den gemeinsamen Bestimmungen der rhenusana vor.

Art. 1.3 Kollektivvertrag

Die Gewährung des Patientenrechtsschutzes erfolgt auf Grund der Verträge zwischen der rhenusana, dem RVK und dem Versicherer.

2. Deckungsumfang

Art. 2.1 Allgemein

Der Versicherer gewährt den Versicherten Rechtsschutz, wenn Streitigkeiten aus Vertrag mit einem medizinischen Leistungserbringer nach KVG oder einem anderen gemäss den

Versicherungsbestimmungen der rhenusana anerkannten Leistungserbringer entstehen.

Art. 2.2 Versicherte Streitigkeiten

Versichert sind Streitigkeiten über:

- mögliche Fehlbehandlungen
- die Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen aus Fehlbehandlungen
- die Aufklärungspflicht gegenüber dem Versicherten betreffend möglicher Auswirkungen von medizinischen Massnahmen
- Fehlinformationen und Informationsverweigerung, insbesondere betreffend:
 - Einsichtnahme in Untersuchungsdokumente;
 - Herausgabe von Röntgenbildern;
- die Unterlassung von Untersuchungen.

Art. 2.3 Nicht versicherte Streitigkeiten

Nicht versichert sind Streitigkeiten über:

- Leistungen, welche die rhenusana gemäss ihren Versicherungsbestimmungen nicht versichert
- psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen
- Honorare und Rechnungen (ausgenommen solche über nicht erbrachte Leistungen)
- Leistungen von Krankenkassen und Versicherungen
- Differenzen zwischen dem Versicherten und der rhenusana.

3. Versicherte Personen

Versichert sind Personen, welche bei der rhenusana die Patientenrechtsschutz-Versicherung abgeschlossen haben.

Zusätzlich versichert sind alle Personen:

- welche mit der oben erwähnten Person in einer gemeinsamen Police (Haupt-/Familienpolice) bei der rhenusana versichert sind;
- Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Altersjahres, welche mit der oben erwähnten Person im selben Haushalt leben und bei der rhenusana versichert sind.

Stirbt ein Versicherter als Folge eines versicherten Ereignisses, so sind deren Rechtsnachfolger für diesen Fall versichert.

4. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

Art. 4.1. Im Allgemeinen

Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung richten sich nach den gemeinsamen Bestimmungen des Versicherers.

Die Versicherung kann nur zusammen mit mindestens einer weiteren Versicherungsabteilung aus dem Angebot der rhenusana abgeschlossen bzw. geführt werden.

Scheidet eine Person, welche die Bedingungen der Patientenrechtsschutz-Versicherung erfüllt, aus der gemeinsamen Police (Haupt-/Familienpolice) aus, erfolgt die Weiterversicherung als Einzelperson. Dem Versicherten steht jedoch nach erfolgter Mitteilung innert drei Monaten ein rückwirkendes Rücktrittsrecht zu.

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenuPLUS.doc
Verantwortlich	VS			Seite	6 von 8

Art. 4.2 Auflösung des Kollektivvertrages

Die Versicherung erlischt bei Auflösung der Verträge zwischen dem Versicherer, dem RVK und der rhenusana. Die Auflösung muss dem Versicherten spätestens einen Monat vor Erlöschen des Versicherungsschutzes schriftlich mitgeteilt werden.

5. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

6. Zeitlicher Geltungsbereich

Versicherungsschutz ist gegeben, wenn der Zeitpunkt des behaupteten Fehlverhaltens eines medizinischen Leistungserbringers innerhalb der Versicherungsdauer liegt und der Bedarf nach rechtlicher Unterstützung, für den die Versicherungsdeckung beansprucht wird, während der Vertragsdauer auftritt. Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren gemäss VVG nach zwei Jahren.

7. Versicherte Leistungen

Versichert ist die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherten und die Bezahlung bis maximal CHF 250'000.00 (bzw. CHF 50'000.00 in Fällen ausserhalb Europas) pro Fall der Aufwendungen für:

- die Bearbeitung der Rechtsschutzfälle durch den Versicherer
- einen beigezogenen Rechtsanwalt oder juristischen Beauftragten
- Expertisen, die vom Versicherer, vom beauftragten Rechtsanwalt oder einer Zivil-, Straf- oder Verwaltungsbehörde angeordnet werden
- Gerichtskosten und andere zu Lasten des Versicherten gehende Verfahrenskosten
- Inkassogebühren für die dem Versicherten zugesprochene Entschädigung
- dem Versicherten auferlegte Prozessentschädigungen an die Gegenpartei.

Nicht bezahlt werden namentlich:

- Schadenersatz
- Kosten, zu deren Übernahme ein haftpflichtiger Dritter verpflichtet ist.

8. Rechtsschutzfall

Art. 8.1 Anmeldung des Rechtsschutzfalles

Der Eintritt eines Rechtsschutzfalles ist dem Versicherer resp. der rhenusana sofort, auf deren Verlangen schriftlich, zu melden. Der Versicherte hat den Versicherer bei der Bearbeitung des Rechtsschutzfalles zu unterstützen, die notwendigen Vollmachten und Auskünfte zu erteilen sowie ihm zugehende Mitteilungen, insbesondere von Behörden, ohne Verzug weiterzuleiten. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflichten kann der Versicherer seine Leistungen soweit kürzen, als dadurch zusätzliche Kosten entstanden sind. Bei grober Verletzung können die Leistungen verweigert werden.

Art. 8.2. Abwicklung eines Rechtsschutzfalles

Der Rechtsdienst des Versicherers klärt den Versicherten über deren Rechte auf und verteidigt seine Interessen in streitigen Fällen, um das bestmögliche Resultat zu erzielen. Der Versicherte erteilt dem Versicherer alle notwendigen Vollmachten.

Der Versicherte enthält sich jeglicher Einmischung in die durch den Versicherer geführten Verhandlungen. Er schliesst keine

Vergleiche ab, erteilt keine Aufträge und leitet keine Gerichtsverfahren ohne vorherige Zustimmung des Versicherers ein.

Im Falle eines Interessenkonflikts zwischen mehreren Personen, die gleichzeitig durch verschiedene Policen beim Versicherer versichert sind sowie in Fällen, in denen das Prozessrecht die Beauftragung eines externen Rechtsanwalts vorschreibt, kann der Versicherte frei einen Vertreter wählen, der die erforderlichen Fähigkeiten besitzt. Die Beauftragung des gewählten Vertreters erfolgt ausschliesslich durch den Versicherer.

Der Versicherte entbindet seinen Rechtsanwalt gegenüber dem Versicherer von seinem Berufsgeheimnis.

Art. 8.3 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

Treten im Laufe der Bearbeitung eines gedeckten Falles Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Versicherten und dem Versicherer hinsichtlich der Vorgehensweise auf, oder beurteilt der Versicherer gewisse Schritte als aussichtslos, so teilt er dem Versicherten seinen Standpunkt schriftlich und begründet mit und weist diesen gleichzeitig auf sein Recht hin, das nachfolgende Schiedsverfahren einzuleiten.

Ab Empfang dieser Mitteilung hat der Versicherte alle erforderlichen Massnahmen zur Wahrung seiner Interessen selbst zu treffen. Der Versicherer ist für die Folgen mangelhafter Interessenvertretung, insbesondere verpasster Fristen, nicht haftbar. Der Versicherte hat dem Versicherer innert 30 Tagen mitzuteilen, ob er ein Schiedsverfahren wünscht.

Im Falle eines Schiedsverfahrens ernennen der Versicherte und der Versicherer im gegenseitigen Einvernehmen einen einzelnen Richter. Er urteilt nach einmaligem Schriftwechsel in einem einfachen und formlosen Verfahren und auferlegt den Parteien die Kosten entsprechend dem Ausgang des Verfahrens. Im Übrigen sind die Bestimmungen des Konkordats über die Schiedsgerichtsbarkeit anwendbar.

Leitet der Versicherte trotz Ablehnung der Leistungen durch den Versicherer auf eigene Kosten ein Gerichtsverfahren ein und erzielt er ein günstigeres Resultat gegenüber der Voraussage des Versicherers oder dem Entscheid eines Schiedsgerichts, so vergütet ihm der Versicherer, im Rahmen der allgemeinen Versicherungsbedingungen, die entstandenen Kosten.

9. Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz

9.1 Informationen für den Antragsteller vor Vertragsabschluss

Die rhenusana orientiert den Antragsteller vor Abschluss des Versicherungsvertrages durch Abgabe des Antragsformulars sowie sämtlicher Vertragsbedingungen und Prospekte, welche die beantragten Versicherungen betreffen, über den Inhalt des Versicherungsvertrags, namentlich die versicherten Risiken, den Umfang des Versicherungsschutzes, die weiteren Pflichten des Versicherten und die Identität des Versicherers.

9.2 Datenschutz

Mit Bezug auf den Datenschutz wird sichergestellt, dass die im Rahmen der Antragstellung und des Versicherungsvertrages gewonnenen Daten ausschliesslich zur Durchführung des Vertragszwecks bearbeitet werden. Namentlich wird die Einhaltung des Datenschutzgesetzes garantiert. Daten werden physisch

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenuPLUS.doc
Verantwortlich	VS			Seite	7 von 8

und elektronisch so gesichert, dass sie dem Zugriff unberechtigter Dritter entzogen sind.

Die Datenbearbeitung erfolgt ausschliesslich durch Personen, welche in einem Arbeitsverhältnis zum Versicherer respektive zum Krankenversicherer stehen oder Personen, die im Rahmen einer Auftragsverpflichtung für den Versicherer die ordnungsgemässe Durchführung der Versicherung im Bereich der medizinischen und rechtlichen Leistungskontrolle sowie der Rückversicherung vornehmen. Der Versicherer respektive der Krankenversicherer stellt sicher, dass die zur Datenbearbeitung berechtigten Personen ihre datenschutzrechtlichen Verpflichtungen kennen und sich zu deren Einhaltung verpflichten. Im Rahmen der vertraglich vereinbarten Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht kann der Versicherer vom Versicherten eine Vollmacht einholen, welche eine erweiterte Datenbearbeitung ermöglicht.

10. Schlussbestimmungen

Art. 10.1 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten zwischen dem Versicherten und dem Versicherer gilt als Gerichtsstand der schweizerische Wohnort des Versicherten oder des Versicherers.

Art. 10.2 Anwendbares Recht

Im Übrigen gelten für die Versicherung die Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG), das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) sowie die Aufsichtsverordnung (AVO).

Gültig ab	01.01.2014	Gültig bis		Dateiname	3_VVG_rhenuPLUS.doc
Verantwortlich	VS			Seite	8 von 8