

Allgemeine Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG

AVZ

CAGA03-A4 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Einzelner Versicherungsvertrag nach Produkt und Grundlagen des Versicherungsvertrags	Art. 21	Doppelversicherung
Art. 2	Zweck der Versicherung	Art. 22	Überversicherung
Art. 3	Begriffe	Art. 23	Leistungserbringer
Art. 4	Örtlicher Geltungsbereich	Art. 24	Tarife der Leistungserbringer
Art. 5	Versicherungsnehmer und versicherte Person	Art. 25	Abtretung und Verpfändung der Leistungen
Art. 6	Versicherungsantrag	Art. 26	Festsetzung der Prämien
Art. 7	Ärztliche Untersuchung	Art. 27	Zahlung der Prämien
Art. 8	Vorbehalte	Art. 27a	Mahnung und Betreibung
Art. 9	Antrag auf Erhöhung des gedeckten Risikos	Art. 28	Rückerstattung der Jahresfranchisen und Selbstbehalte
Art. 10	Beginn des Vertrags und der Versicherungsdeckung	Art. 29	Änderung des Prämientarifs, der Franchisen und Selbstbehalte
Art. 11	Verletzung der Anzeigepflicht	Art. 30	Verrechnung
Art. 12	Versicherungsperiode	Art. 31	Pflichten im Schadenfall
Art. 12a	Altersgrenze beim Beitritt	Art. 32	Auskunftspflicht
Art. 13	Dauer und Auflösung des Versicherungsvertrags	Art. 33	Auskünfte und Kontrollen
Art. 14	Erlöschen des Versicherungsvertrags	Art. 34	Schadenminderungspflicht
Art. 15	Umfang und Dauer der Leistungen	Art. 35	Falsche Rechnungen und Versicherungsbetrug
Art. 16	Leistungsanspruch	Art. 36	Anpassung der Versicherungsbedingungen
Art. 17	Ausrichtung der Leistungen	Art. 37	Mitteilungen
Art. 18	Leistungsausschlüsse	Art. 38	Verjährung
Art. 19	Grobe Fahrlässigkeit des Versicherten	Art. 39	Besondere Versicherungsbedingungen
Art. 20	Mehrfachversicherung und Leistungen Dritter	Art. 40	Kollektivversicherung
		Art. 41	Erfüllungsort und Gerichtsstand

Die Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, nachfolgend GMA genannt, ist Versicherer gemäss den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVZ).

Art. 1 Einzelner Versicherungsvertrag nach Produkt und Grundlagen des Versicherungsvertrags

- Soweit vertraglich keine Abweichungen vorgesehen sind, richtet sich der Versicherungsvertrag nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.
- Grundlagen des Versicherungsvertrags bilden der Versicherungsantrag, die Versicherungspolice, die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen, die Besonderen Bedingungen sowie allfällige besondere Vereinbarungen.
- Die Versicherungsprodukte richten sich nach den jeweiligen Besonderen Bedingungen. Für jedes Produkt wird ein einzelner, separater Vertrag erstellt.

Art. 2 Zweck der Versicherung

Die Versicherung deckt hauptsächlich die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Bestimmte besondere Bedingungen ermöglichen es den Versicherten, auf die Deckung eines oder mehrerer der obengenannten Risiken zu verzichten.

Art. 3 Begriffe

- Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

- a. Knochenbrüche
 - b. Verrenkungen von Gelenken
 - c. Meniskusrisse
 - d. Muskelrisse
 - e. Muskelzerrungen
 - f. Sehnenrisse
 - g. Bandläsionen
 - h. Trommelfellverletzungen
3. Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit.

Art. 4 Örtlicher Geltungsbereich

1. Die Versicherung gilt weltweit. Bei Reisen oder vorübergehendem Aufenthalt ausserhalb der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein ist die Dauer der Versicherungsdeckung auf längstens 12 Monate ab Überschreiten der Grenze beschränkt, sofern nichts Besonderes vereinbart wurde; nach Ablauf dieser Frist ruht die Versicherung. Bei einem Auslandsaufenthalt hat der Versicherte den Versicherer innert 20 Tagen darüber zu informieren.
2. Wünscht der Versicherte, die Versicherungsdeckung im Ausland über die unter Ziff. 1 erwähnten 12 Monate hinaus weiterzuführen, so hat er dem Versicherer spätestens 30 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahrs ein schriftliches Gesuch zu stellen. Der Versicherer behält sich das Recht vor, die Verlängerung der Versicherungsdeckung im Ausland für längstens 12 Monate anzunehmen oder abzulehnen.
3. Falls der Versicherte es unterlässt, seinen Auslandsaufenthalt fristgerecht mitzuteilen, behält sich der Versicherer das Recht vor, die Leistungen im Ausland zu kürzen oder abzulehnen.
4. Bricht eine Krankheit in der Schweiz oder in Liechtenstein aus und lässt sich der Versicherte in anderen Ländern behandeln, so werden die entsprechenden Behandlungskosten nur vergütet, sofern der behandelnde Arzt dem Versicherer ein vorgängiges Gesuch eingereicht hat und der Versicherer dem Antrag stattgegeben hat.

Art. 5 Versicherungsnehmer und versicherte Person

1. Der Versicherungsnehmer ist jene Person, die mit dem Versicherer einen Vertrag abschliesst.
2. Als versicherte Person gilt die auf der Versicherungspolice als solche erwähnte Person.

Art. 6 Versicherungsantrag

1. Die Unterzeichnung des Versicherungsantrags ist keine Offertenanfrage, sondern eine ausdrückliche Erklärung des Antragstellers an den Versicherer, einen oder mehrere Zusatzversicherungsverträge abzuschliessen zu wollen. Der

Antragsteller bleibt 14 Tage, bzw. vier Wochen, wenn eine ärztliche Untersuchung erforderlich ist, an den Antrag gebunden (VVG Art. 1).

2. Der Versicherungsantrag erfolgt grundsätzlich schriftlich auf dem vom Versicherer zur Verfügung gestellten Formular. Der Antragsteller hat alle Fragen auf dem Versicherungsantrag und dem medizinischen Fragebogen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Er ist verantwortlich, dass die von einer Drittperson oder einem Vermittler niedergeschriebenen Antworten seinen Angaben entsprechen. Die Versicherten müssen Dritte ermächtigen, dem Versicherer alle Unterlagen zu liefern und alle Auskünfte zu erteilen, die dieser benötigen könnte.
3. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Versicherungsantrag anzunehmen oder abzulehnen, Vorbehalte anzubringen oder Prämienzuschläge zu erheben. Er ist nicht verpflichtet, seinen Entscheid zu begründen.
4. Wird ein oder mehrere Produkte des Versicherungsantrags abgelehnt oder mit einem Vorbehalt belegt, ist dies kein Grund, den Antrag für die übrigen vom Versicherer angenommenen Produkte zurückzuziehen.
5. Werden die Produkte von Familienmitgliedern des Antragstellers (Ehepartner, Kinder) abgelehnt oder mit einem Vorbehalt belegt, ist dies kein Grund, den eigenen Antrag oder den/die eigenen Vertrag/Verträge zurückzuziehen.
6. Der Versicherungsantrag eines handlungsunfähigen Antragstellers wird von seinem gesetzlichen Vertreter unterzeichnet.

Art. 7 Ärztliche Untersuchung

1. Der Versicherer kann auf seine Kosten die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses verlangen.
2. Er kann auch einen Arzt bezeichnen, der den Gesundheitszustand des Antragstellers zu untersuchen hat.

Art. 8 Vorbehalte

1. Bei Personen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung an einer Krankheit oder an den Folgen eines Unfalls leiden, kann der Versicherer Vorbehalte anbringen. Gegenstand eines Vorbehalts sind ebenfalls Krankheiten und Unfälle, an denen der Versicherte zuvor gelitten hat, wenn erfahrungsgemäss Rückfälle möglich sind. Es ist dem Versicherten freigestellt, den angebrachten Vorbehalt anzunehmen oder abzulehnen. Nimmt der Versicherte den Vorbehalt nicht an, kann der Vertrag nicht abgeschlossen werden.
2. Der Vorbehalt gilt für die gesamte Vertragsdauer. Der Versicherte kann auf seine Kosten den Nachweis erbringen, dass ein Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist. In diesem Fall behält sich der Versicherer das Recht vor, den Vorbehalt beizubehalten oder aufzuheben.

Art. 9 Antrag auf Erhöhung des gedeckten Risikos

1. Der Antrag auf Erhöhung des gedeckten Risikos (z. B. Senkung der Franchise oder Erhöhung des versicherten Kapitals) innerhalb des gleichen Produkts ist einem Antrag zum

Abschluss eines neuen Vertrags gleichgestellt (gemäss VVG Art. 1).

2. Der Versicherer behält sich das Recht vor, den Antrag anzunehmen oder abzulehnen, oder Vorbehalte anzubringen, dies zu den Bedingungen und innerhalb der Fristen in VVG Art. 1 und AVZ Art. 6. Insbesondere sind Vertragsbedingungen wie Kündigungs- und Wartefrist neu anwendbar; die im Rahmen des vorhergehenden Vertrags erworbenen Rechte werden nicht auf den neuen Vertrag übertragen.

Art. 10 Beginn des Vertrags und der Versicherungsdeckung

1. Der Versicherungsvertrag ist abgeschlossen, sobald der Versicherer dem Antragsteller die Annahme seines Antrags mitgeteilt hat.
2. Die Versicherungsdeckung tritt am in der Versicherungspolice aufgeführten Datum in Kraft.
3. Die in den Besonderen Bedingungen vorgesehenen Wartefristen und Karenzzeiten bleiben vorbehalten.

Art. 11 Verletzung der Anzeigepflicht

Hat der Versicherungsnehmer beim Abschluss des Versicherungsvertrags eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen (Verletzung der Anzeigepflicht), hat der Versicherer das Recht, den Vertrag innert vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, schriftlich zu kündigen.

Art. 12 Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode entspricht einem Kalenderjahr und erstreckt sich vom 1. Januar bis zum 31. Dezember.

Art. 12a Altersgrenze beim Beitritt

Der Versicherte kann sich wie folgt versichern:

- ohne Altersgrenze, unter Vorbehalt gegenteiliger Bestimmungen in den Besonderen Bedingungen
- bis zum Ende des Monats vor dem Anspruch auf eine AHV-Rente, wenn es sich um eine Versicherungsdeckung für Erwerbsausfall handelt

Art. 13 Dauer und Auflösung des Versicherungsvertrags

1. Der Vertrag ist auf unbegrenzte Zeit abgeschlossen, unter Vorbehalt gegenteiliger Bestimmungen der Besonderen Bedingungen.
2. Nach fünf Versicherungsjahren, und danach jährlich, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag einzeln unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten auf das Ende eines Kalenderjahrs kündigen. Ausnahme bilden bestimmte Produkte, bei denen die Dauer, nach welcher der

Versicherungsnehmer den Vertrag gemäss den Besonderen Bedingungen kündigen kann, von der vorerwähnten Dauer abweicht.

3. Das dem Versicherer zustehende Recht, den Vertrag bei Betrug oder dem Versuch dazu aufzulösen, bleibt vorbehalten.
4. Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer eine Leistung vergütet, ist der Versicherungsnehmer berechtigt, innert zehn Tagen, nachdem er von der Auszahlung der Entschädigung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag des entsprechenden Versicherungsprodukts zurückzutreten. Tritt der Versicherungsnehmer vom Vertrag zurück, so erlischt die Versicherung 14 Tage nach der Kündigungsmeldung an den Versicherer. Letzterer behält sein Recht auf Prämienzahlung für die laufende Versicherungsperiode, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb des Jahrs kündigt, das dem Inkrafttreten der Versicherungsdeckung folgt. In den übrigen Fällen ist die Prämie nur bis Vertragsende zu entrichten.
5. Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, nach Eintritt des Schadenfalls den Vertrag aufzulösen, ausser bei unrichtigen Angaben, arglistiger Täuschung, Verletzung der Anzeigepflicht oder dem Versuch dazu.
6. Das Recht auf Kündigung infolge Verletzung der Informationspflicht beim Vertragsabschluss durch den Versicherer erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung erfährt, spätestens aber ein Jahr nach der Verletzung. Die Kündigung wird bei Eingang beim Versicherer wirksam. Die Prämie ist nur bis Vertragsende zu entrichten, wenn der Vertrag vor Fristablauf gekündigt wird oder endet.
7. Der Versicherungsnehmer hat seine Kündigung mit Originalunterschrift und per Einschreiben mitzuteilen. Insbesondere sind Kündigungen per Fax oder E-Mail (mit oder ohne beigelegtes gescanntes Kündigungsschreiben) nicht zulässig.

Art. 14 Erlöschen des Versicherungsvertrags

Der Versicherungsvertrag sowie der Anspruch auf Leistungen erlöschen:

- a. mit dem Tod des Versicherten
- b. bei Kündigung des Versicherungsvertrags
- c. wenn der Versicherer infolge Zahlungsverzugs des Versicherten vom Vertrag zurücktritt (gemäss VVG Art. 21)
- d. bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, am Ausreisedatum, das der zuständigen Gemeinde oder kantonalen Behörde mitgeteilt worden ist, dies sofern keine anderslautende schriftliche Vereinbarung getroffen wurde (Art. 32 Ziff. 2)

Art. 15 Umfang und Dauer der Leistungen

1. Die Dauer der Kostenübernahme und die vom Versicherer für jedes Versicherungsprodukt erbrachten Leistungen

richten sich nach den einschlägigen Versicherungsbedingungen.

2. Ausser bei gegenteiligen Bestimmungen in den Besonderen Versicherungsbedingungen ist der Leistungsumfang bei Unfall identisch mit jenem bei Krankheit.

Art. 16 Leistungsanspruch

1. Der Anspruch auf Leistungen kann nur für Krankheiten oder Unfälle geltend gemacht werden, die sich während der Dauer der Versicherungsdeckung ereignen.
2. Voraussetzung für die Gewährung der Leistungen ist, dass der Versicherte ein ärztliches Zeugnis und detaillierte Originalrechnungen einreicht.
3. Die Besonderen Bedingungen der Zusatzversicherungen sind anwendbar.

Art. 17 Ausrichtung der Leistungen

1. Grundsätzlich sind die Versicherten Honorarschuldner der Leistungserbringer. Sie akzeptieren jedoch die Vereinbarungen zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern, die in Abweichung vom Grundsatz eine direkte Vergütung an die Leistungserbringer vorsehen.
2. Der Versicherer zahlt die gedeckten Leistungen nach Erhalt sämtlicher Informationen und Unterlagen, aus denen er sich von der Richtigkeit und Höhe des Anspruchs überzeugen kann.
3. Der Versicherer kann seine Abrechnung nur aufgrund der detaillierten Originalrechnungen erstellen, auf denen die Behandlungsdaten, die Diagnose, die erbrachten medizinischen Leistungen, der jeder Leistung entsprechende Betrag sowie die Namen, Adressen und Telefonnummern der in- und ausländischen Leistungserbringer aufgeführt sind. Bei Bedarf kann der Versicherer auf Kosten des Versicherten eine Übersetzung der in einer Fremdsprache ausgestellten Unterlagen in eine der Landessprachen verlangen.
4. Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, müssen dem Versicherer eine Auszahlungsadresse in der Schweiz angeben.

Art. 18 Leistungsausschlüsse

1. Keine Versicherungsdeckung besteht:
 - a. für Krankheiten, Unfälle und ihre Folgen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bereits bestanden oder unter Vorbehalt stehen
 - b. für Krankheiten, Unfälle und ihre Folgen nach Erlöschen des Versicherungsvertrags, dies auch, wenn im Verlauf der Versicherungsdauer Leistungen ausgerichtet worden sind
 - c. für Eingriffe zur Korrektur oder Beseitigung von körperlichen Schönheitsfehlern, es sei denn, sie werden durch ein versichertes Ereignis notwendig; Verjüngerungskuren; Behandlungen mit Zell- oder Gewebeimplantaten

- d. bei Selbstmord, vorsätzlicher Selbstverstümmelung oder dem Versuch dazu
 - e. für Zahnbehandlungen, sofern eine Deckung in den verschiedenen Versicherungsprodukten nicht ausdrücklich vorgesehen ist
 - f. für Gesundheitsschädigungen, die auf die Einwirkung ionisierender Strahlen zurückzuführen sind und Schäden aus Atomenergie
 - g. für Kosten einer unwirksamen, unzweckmässigen und unwirtschaftlichen Behandlung. Als unwirksam gilt jede Behandlung, deren Wirksamkeit nicht nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen ist. Als unzweckmässig gilt jede Behandlung, die nicht indiziert und nicht angemessen ist, oder bei der die medizinische Indikation nicht klar erwiesen ist. Als unwirtschaftlich gilt jede Behandlung, die durch eine andere, kostengünstigere Behandlung hätte ersetzt werden können oder unnötig ist.
 - h. für Folgen von kriegerischen Ereignissen:
 - in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein
 - im Ausland, es sei denn, die Erkrankung oder der Unfall trete innert 15 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land ein, in dem sich der Versicherte aufhält, und er vom Ausbruch solcher Ereignisse überrascht worden ist
 - i. für Folgen von Unruhen aller Art und der dagegen ergriffenen Massnahmen, ausser der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war
 - j. für Krankheiten, die auf Alkoholabhängigkeit zurückzuführen sind
 - k. für Krankheiten und Unfälle, die auf Missbrauch von Medikamenten und Drogenabhängigkeit zurückzuführen sind
 - l. für Geschlechtsumwandlungen, inkl. Behandlungen und Folgeerscheinungen
2. Ausgeschlossen sind zudem die Krankheiten und Unfälle, die der Versicherte erleidet:
 - a. bei ausländischem Militärdienst
 - b. bei Erdbeben
 - c. bei der Ausübung von Verbrechen oder Vergehen oder bei vorsätzlichem Versuch dazu, sowie bei der Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten
 - d. bei der Teilnahme an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei der Hilfeleistung zugunsten eines Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden
 - e. bei Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert
 - f. wenn sich der Versicherte an einem Wagnis beteiligt, d. h. an Handlungen, durch die er sich einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne dass Vorkehrungen getroffen werden können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken

Art. 19 Grobe Fahrlässigkeit des Versicherten

Wenn die Schäden Folge einer groben Fahrlässigkeit des Versicherten sind, wird die Entschädigung des Versicherers im Verhältnis zur Fahrlässigkeit gekürzt.

Art. 20 Mehrfachversicherung und Leistungen Dritter

1. Alle Leistungen gemäss diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden ergänzend zu den Leistungen der in- und ausländischen Sozial- und Privatversicherer, insbesondere auch der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, gewährt. Bei Vorliegen mehrerer privaten Versicherungen werden die Leistungen gemäss diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen subsidiär zu den Leistungen des anderen Versicherers gewährt, es sei denn, die Versicherungsbedingungen des anderen Versicherers enthielten ebenfalls eine Subsidiärklausel. In diesem Fall sind die Regelungen der Doppelversicherung anwendbar.
2. Gegenüber einem haftpflichtigen Dritten tritt der Versicherer bei Eintritt des versicherten Ereignisses bis auf die Höhe der erbrachten Leistungen in die Ansprüche des Versicherten ein. Der Versicherer ist nicht an die Abmachungen zwischen dem Versicherten und den leistungspflichtigen Dritten gebunden.
3. Wird beim Versicherer keine obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG geführt, so werden die Leistungen des Vertrags im gleichen Mass ausgerichtet, wie wenn eine solche Deckung bestehen würde.

Art. 21 Doppelversicherung

1. Wird dasselbe Interesse gegen dieselbe Gefahr und für dieselbe Zeit bei mehr als einem Versicherer versichert, so dass die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert übersteigen (Doppelversicherung), ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
2. Hat der Versicherungsnehmer diese Anzeige absichtlich unterlassen oder die Doppelversicherung in der Absicht abgeschlossen, sich daraus einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, so ist der Versicherer ihm gegenüber nicht an den Vertrag gebunden. Der Versicherer hat Anspruch auf die ganze vereinbarte Prämie.

Art. 22 Überversicherung

Übersteigt die Versicherungssumme den Versicherungswert (Überversicherung), so ist der Versicherer gegenüber dem Versicherungsnehmer nicht an den Vertrag gebunden, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag in der Absicht abgeschlossen hat, sich aus der Überversicherung einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen. Der Versicherer hat Anspruch auf die ganze vereinbarte Prämie.

Art. 23 Leistungserbringer

1. Nur die von anerkannten Leistungserbringern erbrachten Pflegeleistungen werden vom Versicherer vergütet. Als anerkannte Leistungserbringer gelten Personen, Anstalten und Einrichtungen, die in der Gesetzgebung über die Krankenversicherung beschrieben sind.
2. Die übrigen anerkannten Leistungserbringer sind in den Besonderen Bedingungen des jeweiligen Versicherungsprodukts aufgezählt.

Art. 24 Tarife der Leistungserbringer

1. Der Versicherer anerkennt die für die eidgenössischen Sozialversicherungen geltenden Tarife sowie die vertraglich anwendbaren Privattarife, denen er beigetreten ist.
2. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur im Rahmen des Tarifs, der vom Versicherer für den betreffenden Leistungserbringer anerkannt wird.
3. An Honorarvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und versicherten Personen ist der Versicherer nicht gebunden.

Art. 25 Abtretung und Verpfändung der Leistungen

Die Versicherten dürfen ihre Forderungen gegenüber dem Versicherer ohne dessen Zustimmung weder abtreten noch verpfänden.

Art. 26 Festsetzung der Prämien

1. Die Prämien werden grundsätzlich nach Geschlecht, Regionen und Altersgruppen differenziert.
2. Die Art und Weise der Prämienbestimmung ist grundsätzlich in den Besonderen Bedingungen geregelt.

Art. 27 Zahlung der Prämien

1. Die Prämien sind in der Schweiz jährlich im Voraus zahlbar, können aber auf besondere Vereinbarung hin und gegen Zuschlag auch halb- oder vierteljährlich oder monatlich bezahlt werden.
2. Die Prämien sind für den ganzen Monat geschuldet.

Art. 27a Mahnung und Betreibung

1. Wird die Prämie nicht bis zum Fälligkeitsdatum entrichtet, so wird der Schuldner unter Androhung der Säumnisfolgen auf seine Kosten schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.
2. Für Krankheiten, Unfälle und ihre Folgen, die während der Einstellung der Leistungspflicht bestanden haben oder aufgetreten sind, kann der Versicherte keinen Leistungsanspruch geltend machen, auch wenn die Prämie in der Folge bezahlt wird.

3. Leitet der Versicherer ein Betreibungsverfahren gegen den Versicherungsnehmer ein, können Verwaltungskosten gefordert werden.

Art. 28 Rückerstattung der Jahresfranchisen und Selbstbehalte

1. Wird die Vergütung vom Versicherer direkt an die Leistungserbringer überwiesen, so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dem Versicherer die vereinbarte Jahresfranchise und/oder den Selbstbehalt innert 30 Tagen ab Rechnungsstellung des Versicherers zurückzuerstatten.
2. Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, wird Art. 27a analog angewandt.

Art. 29 Änderung des Prämientarifs, der Franchisen und Selbstbehalte

1. Der Versicherer kann den Prämientarif, die Franchisen und Selbstbehalte entsprechend der Kosten- und Schadenentwicklung sowie der gesetzlichen Neuerungen anpassen.
2. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor Ablauf der Versicherungsperiode über die neuen Bestimmungen des Vertrags zu informieren. In diesem Fall hat der Versicherungsnehmer das Recht, den von der Änderung betroffenen Versicherungsvertrag auf Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen, unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt der Police oder der Mitteilung der Tarifänderung. Die Kündigung muss innert 30 Tagen beim Versicherer eingehen.
3. Falls der Versicherungsnehmer den Vertrag nicht kündigt, gilt dies als Zustimmung zur Vertragsanpassung in Bezug auf die Prämien, Franchisen oder Selbstbehalte.
4. Eine Tarifänderung aufgrund eines Wohnsitzwechsels oder bei Verlust eines Anspruchs auf Rabatt (inkl. des zeitlich beschränkten Rabatts im Rahmen einer Verkaufsaktion) gelten nicht als Prämienanpassung im Sinn der vorstehenden Bestimmungen. In diesen Fällen ist das Kündigungsrecht nicht anwendbar.

Art. 30 Verrechnung

1. Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber den Versicherten verrechnen.
2. Den Versicherten steht kein Anspruch auf Verrechnung gegenüber dem Versicherer zu.

Art. 31 Pflichten im Schadenfall

1. Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, so hat der Versicherte dem Versicherer sämtliche ärztliche Zeugnisse, Berichte, Belege und Rechnungen der verschiedenen Leistungserbringer einzureichen. Es werden nur Originalrechnungen angenommen.
2. Der Versicherer muss innert fünf Tagen über den Eintritt in ein Spital oder in eine Klinik informiert werden. Die Meldung

hat vor dem Eintritt zu erfolgen, wenn eine Kostengutsprache verlangt wird. Bei verspäteter Meldung ist der Versicherer berechtigt, die Leistungen zu kürzen oder zu verweigern.

3. Der Versicherte oder Berechtigte muss den Versicherer über jeden Unfall umgehend benachrichtigen, spätestens jedoch innerhalb von zehn Tagen. Er muss alle Informationen geben bezüglich:
 - a. Zeitpunkt, Ort, Umstände und Folgen des Unfalls
 - b. Arzt oder Spital
 - c. die möglichen haftpflichtigen Personen und entsprechenden VersicherungenErhält der Versicherer die Meldung erst zu einem späteren Zeitpunkt, behält er sich das Recht vor, die Leistungen zu kürzen oder zu verweigern.
4. Der Anspruchsberechtigte muss dem Versicherer den Tod einer versicherten Person innert 30 Tagen mitteilen, auch wenn der Unfall bereits gemeldet wurde. Erfolgt die Mitteilung nach dieser Frist, erlischt die Leistungspflicht des Versicherers.

Art. 32 Auskunftspflicht

1. Adress- und Zivilstandsänderungen sowie Todesfälle sind dem Versicherer innert 30 Tagen schriftlich zu melden. Gegenteilige Bestimmungen bleiben vorbehalten. Erfolgt die Meldung verspätet oder gar nicht, können der Schaden sowie die Kosten, die dem Versicherer entstehen, beim Versicherten eingefordert werden.
2. Verlegt der Versicherte seinen Aufenthaltsort oder Wohnsitz ausserhalb der Schweiz, hat er dies dem Versicherer innert 30 Tagen zu melden und ihm eine Ausreisebestätigung der Wohngemeinde oder des Wohnkantons vorzulegen. Unterlässt der Versicherte diese Mitteilung, ist der Versicherer berechtigt, die Versicherung, sobald er Kenntnis von der Ausreise erhält, aufzulösen. Die Auflösung erfolgt auf das Ende des Monats, in dem die Meldung über die Ausreise aus der Schweiz an die zuständige Gemeindeverwaltung oder kantonale Behörde erfolgt ist.

Art. 33 Auskünfte und Kontrollen

1. Der Versicherte ermächtigt ausdrücklich alle Medizinalpersonen, die ihn anlässlich der Krankheit, des Unfalls oder bei anderen Gelegenheiten behandelt haben, dem Vertrauensarzt des Versicherers sämtliche Auskünfte zu erteilen, die er für die Beurteilung der Folgen des Schadenfalls benötigt. Zu diesem Zweck entbindet er sie von der beruflichen Schweigepflicht.
2. Wird die Versicherung in Ergänzung zu einem anderen Sozial- oder Privatversicherer abgeschlossen, so hat der Versicherte dem Versicherer die Abrechnung der Leistungen vorzulegen, die ihm von den anderen Versicherungsträgern ausgerichtet wurden.
3. Der Versicherer ist berechtigt, auf seine Kosten von Ärzten oder Fachleuten seiner Wahl Gutachten einzuholen, um den Gesundheitszustand oder die Arbeitsfähigkeit des Ver-

sicherten festzulegen. Der Versicherte hat sich diesen medizinischen Gutachten zur Bestimmung der Diagnose und Abklärung des Leistungsanspruchs zu unterziehen.

4. Der Versicherte hat sich jederzeit der Kontrolle durch die Krankenbesucher und Vertrauensärzte des Versicherers zu unterziehen. Er hat den Anordnungen dieser Personen, die auf eine Beschleunigung des Heilungsprozesses abzielen, Folge zu leisten. Weigert sich der Versicherte, sich durch den ärztlichen, vom Versicherer frei bezeichneten Gutachter untersuchen zu lassen, riskiert er die Verweigerung der Leistungen.

Art. 34 Schadenminderungspflicht

1. Der Versicherte hat ab Beginn der Krankheit oder des Unfalls eine diplomierte, zur Berufsausübung zugelassene Medizinalperson aufzusuchen und deren Anordnungen gänzlich zu befolgen. Er hat alles zu unterlassen, was seine Genesung gefährden oder verzögern könnte und den Anweisungen der Medizinalperson in Bezug auf die bewilligten Ausgangszeiten Folge zu leisten.

Der Versicherer haftet nicht für eine Verschlimmerung der Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls, die auf das verspätete Aufsuchen einer Medizinalperson oder auf die Nichtbeachtung ihrer Anordnungen zurückzuführen sind.

2. Der Versicherte darf die Medizinalperson nicht zu unnötigen und unwirtschaftlichen Behandlungen oder Abklärungen veranlassen (z. B. unnötige Hausbesuche, stationäre statt ambulante Behandlungen, unnötige Arztwechsel).

Art. 35 Falsche Rechnungen und Versicherungsbetrug

1. Bei falschen oder gefälschten Rechnungen sowie Versicherungsbetrug oder dem Versuch dazu werden keine Leistungen entrichtet.
2. In diesem Fall muss der Versicherte für die Kosten aufkommen, die für die Kontrolle durch den Versicherer sowie die Bearbeitung des Dossiers anfallen.

Art. 36 Anpassung der Versicherungsbedingungen

1. Der Versicherer ist berechtigt, die Bedingungen der jeweiligen Versicherungsprodukte anzupassen, insbesondere bei grundlegenden Änderungen in folgenden Bereichen:
 - a. Fortschritte der modernen Medizin
 - b. Einführung von neuen oder kostspieligen Therapieformen wie zum Beispiel Operationstechniken, Medikamente und weitere ähnliche Fälle
 - c. Erweiterung der Anzahl oder Einführung neuer Kategorien von Leistungserbringern
 - d. Erweiterung des Leistungskatalogs nach KVG
2. Die neuen Bedingungen sind auf den Versicherungsnehmer und Versicherer anwendbar, wenn diese nach Massgabe von Absatz 1 während der Geltungsdauer der

Versicherung angepasst werden. Der Versicherer teilt den Versicherungsnehmern diese Anpassungen schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit diesen Anpassungen nicht einverstanden sind, können den entsprechenden Vertrag mit Wirkung auf das Anpassungsdatum kündigen. Trifft innert 25 Tagen keine Kündigung beim Versicherer ein, so gilt dies als Zustimmung zu den neuen Bestimmungen.

Art. 37 Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen sind an den Verwaltungssitz der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG zu richten.
2. Die Mitteilungen, die der Versicherer zu machen hat, erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer oder Versicherten zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.
3. Allgemeine Mitteilungen des Versicherers können auch über die Versichertenzeitung erfolgen.

Art. 38 Verjährung

Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrag verjähren zwei Jahre nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.

Art. 39 Besondere Versicherungsbedingungen

1. Der Versicherer erlässt für alle Versicherungsprodukte Besondere Bedingungen, welche diese Allgemeinen Bedingungen ergänzen und präzisieren.
2. Allfällige gegenteilige Bestimmungen der Besonderen Bedingungen haben Vorrang gegenüber diesen Allgemeinen Bedingungen.

Art. 40 Kollektivversicherung

Im Rahmen eines Kollektivvertrags kann der Versicherer bei allen Versicherungsprodukten von den Bestimmungen dieser Allgemeinen Bedingungen abweichen, namentlich betreffend:

- die Person des Versicherungsnehmers
- die Festlegung der Prämien
- den Beginn, die Dauer und das Ende der Versicherungsdeckung

Art. 41 Erfüllungsort und Gerichtsstand

1. Unter Vorbehalt besonderer gegenteiliger Bestimmungen sind die Verpflichtungen aus diesem Vertrag in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
2. Bei Streitigkeiten steht dem Versicherungsnehmer bzw. dem Anspruchsberechtigten der Gerichtsstand an seinem schweizerischen Wohnsitz oder am Sitz des Versicherers zur Auswahl; die internationalen Vereinbarungen bleiben jedoch vorbehalten.