


ZUSATZVERSICHERUNGEN

ALLGEMEINE VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN (AVB) UND ZUSATZBEDINGUNGEN (ZB) NACH VVG.

Ausgabe 2023, gültig ab 01.01.2023

KUNDENINFORMATION

Zum besseren Verständnis möchten wir vor dem Vertragsabschluss auf einige Vertragsgrundlagen hinweisen, die uns besonders wichtig sind.

Achten Sie in den nachstehenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den Zusatzbedingungen auf dieses Symbol: 

Lassen Sie sich die entsprechend markierten Textpassagen vor dem Vertragsabschluss erklären. Wir weisen Sie mit dem Symbol besonders auf folgende Sachverhalte hin:

- › Wer ist Versicherungsträger?
- › Wer kann eine Versicherung abschliessen?
- › Was ist versichert bzw. was ist nicht versichert?
- › Welche Pflichten hat der Versicherungsnehmer?
- › Wann besteht Anspruch auf Leistungen?
- › Wie lange läuft der Vertrag?
- › Welche Daten werden durch wen und zu welchem Zweck bearbeitet?

INHALTSVERZEICHNIS.

Allgemeine Versicherungsbedingungen	4	Spitalversicherung HOSPITA	20
I. Allgemeines	4	I. Anwendungsbereich	20
II. Umfang der Versicherung und Begriffsbestimmungen	4	II. Versicherungsumfang	20
III. Vertragsdauer und Kündigung	6	III. Leistungen	22
IV. Prämienzahlung	6	IV. Listen und Verzeichnisse	25
V. Prämienänderungen und Vertragsanpassung	7	V. Prämien	25
VI. Pflichten und Anspruchsbegründung	8	VI. Allgemeine Bestimmungen	25
VII. Verschiedenes	9	Zahnbehandlungsversicherung DENTA	26
VIII. Datenbearbeitung	11	I. Anwendungsbereich	26
IX. Schlussbestimmungen	12	II. Versicherungsumfang	26
Zusatzversicherungen COMPLETA TOP und COMPLETA PRAEVENTA	13	III. Leistungen	26
I. Anwendungsbereich	13	IV. Allgemeine Bestimmungen	27
II. Versicherungsumfang	13	Unfallversicherung INFORTUNA	28
III. Leistungen von COMPLETA TOP in der Schweiz	13	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	28
IV. Leistungen von COMPLETA TOP im Ausland	15	I. Anwendungsbereich	28
V. Leistungen COMPLETA PRAEVENTA	16	II. Wahl der Versicherungsvariante	28
VI. Kostenbeteiligung	16	III. Abschluss der Versicherung	28
VII. Allgemeine Bestimmungen	16	IV. Kapitaleistung bei Unfall-Tod und Unfall-Invalidität (UTI)	28
Zusatzversicherung SUPPLEMENTA	17	V. Heilungskosten	30
I. Anwendungsbereich	17	VI. Allgemeine Bestimmungen	31
II. Versicherungsumfang	17	Taggeldversicherung SALARIA nach VVG	32
III. Leistungen	17	I. Allgemeine Vertragsgrundlagen	32
IV. Allgemeine Bestimmungen	17	II. Umfang des Versicherungsschutzes	32
Zusatzversicherung OPTIMA	18	III. Versicherungsleistungen	33
I. Anwendungsbereich	18	IV. Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes	34
II. Versicherungsumfang	18	V. Obliegenheiten bei einem Krankheitsfall	35
III. Leistungen	18	VI. Prämie	37
IV. Kostenbeteiligung	19	VII. Zusätzliche Bestimmungen	37
V. Allgemeine Bestimmungen	19	Glossar	39

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN.

I. ALLGEMEINES

❗ Versicherungsträgerin bei den Zusatzversicherungen ist, falls in den Zusatzbedingungen nicht anders erwähnt, die SWICA Versicherungen AG, Römerstrasse 37, 8401 Winterthur, nachstehend SWICA genannt.

ART. 1 WER DARF SICH VERSICHERN UND WER IST FÜR DIE BETREUUNG VON VERSICHERUNGSNEHMERN* ZUSTÄNDIG?

Eine Zusatzversicherung bei SWICA darf nur eine Person mit gesetzlichem Wohnsitz in der Schweiz abschliessen. Wenn Sie eine Versicherungsberatung oder Leistungen aus einer Ihrer Versicherungen beanspruchen, so wenden Sie sich bitte an SWICA. Die Adresse des für Sie zuständigen Kundendienstes finden Sie auf der Versicherungspolice.

ART. 2 WAS GEHÖRT ZUM VERTRAG?

1. Ihr Versicherungsvertrag – sowohl bei einzel- wie bei kollektivversicherten Personen – setzt sich zusammen aus:
 - a) Ihrem Versicherungsantrag,
 - b) der Versicherungspolice,
 - c) diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen,
 - d) den Zusatzbedingungen,
 - e) den allfälligen Besonderen Vereinbarungen.
2. Für die Zusatzversicherungen gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Bei einem allfälligen Widerspruch zwischen den AVB bzw. ZB und zwingenden Bestimmungen des VVG gehen Letztere vor. Dispositive Bestimmungen des VVG gelten nur, sofern in diesen AVB/ZB keine davon abweichenden Regelungen festgehalten sind.

3. Diese AVB/ZB basieren auf dem VVG mit Änderung vom 19. Juni 2020 (in Kraft per 1. Januar 2022). Sie gelten für sämtliche Versicherungsnehmer (inkl. der Versicherungsnehmer mit Vertragsabschluss vor dem 1. Januar 2022), sofern in diesen AVB/ZB keine davon abweichenden Regelungen festgehalten sind.

II. UMFANG DER VERSICHERUNG UND BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

ART. 3 WAS IST VERSICHERT?

Versicherbar sind die finanziellen Folgen von Krankheit, Unfall und/oder Mutterschaft sowie die Kosten von gesundheitsfördernden und präventiven Massnahmen gemäss den jeweiligen Zusatzbedingungen für die Zusatzversicherungen nach VVG.

Für Eigentherapien und Behandlungen durch Familienangehörige liegt eine Leistungspflicht nur dann vor, wenn eine vorgängige Kostengutsprache durch SWICA erteilt wurde (schriftlich oder in einer Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht).

Hinsichtlich der von SWICA publizierten Listen und Verzeichnisse weiterer Leistungen und Leistungserbringer wird auf Art. 7 hiernach verwiesen.

ART. 4 WELCHE LEISTUNGEN KÖNNEN VERSICHERT WERDEN?

- a) die Kosten von Heilbehandlungen für Krankheit, Unfall und Mutterschaft,
- b) die Kosten von gesundheitsfördernden und präventiven Massnahmen,
- c) Taggelder oder
- d) Kapitaleistungen für den Invaliditätsfall und den Todesfall gemäss den jeweiligen Versicherungsbedingungen.

*Der besseren Lesbarkeit wegen wird in diesem Dokument lediglich die männliche Form verwendet. Dies gilt für sämtliche geschlechtsspezifischen Begriffe im Dokument.

ART. 5 BEGRIFFSBESTIMMUNGEN UND ANWENDUNG DER AVB

Die Grundversicherung ist die obligatorische Krankenpflege- und Unfallversicherung, die gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung als Minimaldeckung obligatorisch abzuschliessen ist. Zusatzversicherungen sind die individuellen Ergänzungen, die Sie zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und obligatorischen Unfallversicherung abschliessen können.

Sämtliche Bestimmungen dieser AVB gelten für die Zusatzversicherungen, sofern es nicht ausdrücklich anders bestimmt ist. Falls nicht ausdrücklich anders geregelt, gelten im Sinne dieses Vertrags sämtliche Begriffe, welche durch das KVG bestimmt werden, auch für die Zusatzversicherungen.

Bei den Zusatzversicherungen handelt es sich grundsätzlich um Schadenversicherungen, ausser in den jeweiligen Zusatzbedingungen ist etwas anderes vermerkt.

Generell werden auf der Basis der Zusatzversicherungen von SWICA nur Mehr- und Zusatzleistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und obligatorischen Unfallversicherung, die von dieser nicht übernommen werden, bezahlt. Die Details zu den Leistungen finden sich in den jeweiligen Zusatzbedingungen des entsprechenden Versicherungsprodukts.

ART. 6 ! WELCHE BEHANDLUNGEN WERDEN BEZAHLT?

SWICA übernimmt die Kosten von Heilbehandlungen sowie gesundheitsfördernden und präventiven Massnahmen, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Zusätzliche Bestimmungen finden Sie in den Zusatzbedingungen der jeweilig abgeschlossenen Zusatzversicherung.

ART. 7 ! LISTEN UND VERZEICHNISSE SOWIE DEREN GELTUNG

Die in den jeweiligen Zusatzbedingungen erwähnten Listen und Verzeichnisse der Leistungen und Leistungserbringer werden digital zur Verfügung gestellt und laufend aktualisiert und sind jederzeit abrufbar. Versicherungsnehmer erhalten beim SWICA-Kundendienst jederzeit Auszüge.

Für die Bemessung des Leistungsanspruchs werden die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer durch SWICA versicherten Dienst- oder Sachleistung geltenden Listen und Verzeichnisse hinzugezogen.

ART. 8 ! WANN ZAHLT SWICA NICHT ODER KÜRZT DIE LEISTUNGEN?

In den nachfolgend aufgeführten Fällen erbringt SWICA aus den Zusatzversicherungen keine Versicherungsleistungen:

1. Für Folgen von kriegerischen Ereignissen
 - a) in der Schweiz,
 - b) im Ausland. Wird der Versicherungsnehmer jedoch in dem Land, in welchem er sich aufhält, vom Ausbruch solcher Ereignisse überrascht, erlischt der Versicherungsschutz erst 14 Tage nach ihrem erstmaligen Auftreten;
2. Für Folgen von Unruhen aller Art und der dagegen ergriffenen Massnahmen, ausser der Versicherungsnehmer beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
3. Im Zusammenhang mit dem Dienst in einer ausländischen Armee;
4. Bei Erdbeben oder Meteoreinschlägen;
5. Anlässlich oder als Folge der Begehung eines Verbrechens oder Vergehens oder beim Versuch dazu;
6. Als Folge der Beteiligung an Raufereien oder Schlägereien, es sei denn, der Versicherungsnehmer sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
7. Als Folge von Gefahren, denen sich der Versicherungsnehmer dadurch aussetzt, dass er andere provoziert;
8. Bei Gesundheitsschädigungen, die auf das Eingehen von aussergewöhnlichen Gefahren (Art. 49 UVV) und Wagnissen (Art. 50 UVV) durch den Versicherungsnehmer zurückgehen; für die Beurteilung von aussergewöhnlichen Gefahren resp. Wagnissen sind die gesetzlichen Bestimmungen und die Rechtsprechung in der sozialen Unfallversicherung anwendbar;
9. Gesundheitsschäden, die infolge der Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen irgendwelcher Art sowie beim Training für diese Rennen entstanden sind;
10. Bei Krankheiten oder Unfällen infolge ionisierender Strahlen oder Schäden aus Nuklearenergie;
11. Bei vorsätzlicher Herbeiführung des versicherten Ereignisses durch die versicherte oder eine andere anspruchsberechtigte Person;
12. Für Heilbehandlungen infolge missbräuchlichen Konsums von Arzneimitteln, Drogen und Alkohol. Der Missbrauch dieser Suchtmittel gilt ausdrücklich nicht als Krankheit und löst für SWICA somit keine Leistungspflicht aus.
13. Für rein ästhetische, kosmetische, Schönheitschirurgische oder ähnliche Behandlungen und Folgen solcher Behandlungen.

ART. 9 GROBE FAHRLÄSSIGKEIT

SWICA kürzt die Leistungen, wenn das versicherte Ereignis grobfahrlässig herbeigeführt worden ist; Zusatzbedingungen bleiben vorbehalten.

III. VERTRAGSDAUER UND KÜNDIGUNG


ART. 10 AB WANN GILT DIE VERSICHERUNG?

Der Vertrag gilt, sobald SWICA die Versicherungspolice ausgehändigt oder die Annahme des Antrags schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, erklärt hat, frühestens jedoch am vereinbarten Tag. Folgen von Unfällen und Krankheiten sind nur gedeckt, wenn die Unfälle sich erst nach dem Versicherungsbeginn ereignen bzw. die Krankheiten erst nach dem Versicherungsbeginn erstmalig auftreten.

ART. 11 WIE LANGE GILT DIE VERSICHERUNG?


Sie haben Anspruch auf Leistungen von SWICA, solange der Vertrag nicht aufgehoben ist (vorbehalten bleiben bei Aufhebung des Vertrags periodische Leistungsverpflichtungen im Sinne von Art. 35c VVG).

ART. 12 WANN KANN DIE VERSICHERUNG AUFGELOST WERDEN?

-  Ist nichts anderes vereinbart, gilt eine Mindestvertragsdauer von einem Jahr, wobei das Ende des Versicherungsjahrs immer auf den 31.12. fällt. Nach Ablauf der vereinbarten Dauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, sofern er vom Versicherungsnehmer nicht fristgerecht gekündigt wird.
- Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Frist bis 17 Uhr im Empfangsbereich von SWICA eingetroffen ist (das Datum des Poststempels ist nicht massgebend). Die Prämien sind bis zum nächsten ordentlichen Kündigungstermin geschuldet. SWICA steht dieses ordentliche Kündigungsrecht gemäss VVG nicht zu.
- Nach jedem Krankheitsfall oder Unfallereignis, für den bzw. das ein Ersatz beansprucht wird. Spätestens 14 Tage nach Erhalt der Leistung kann der Versicherungsnehmer den entsprechenden Teil des Vertrags kündigen (schriftlich oder in einer Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht). Die Deckung erlischt 14 Tage nach Eintreffen der Mitteilung bei SWICA.
- Auch ohne Kündigung erlischt eine Zusatzversicherung, wenn der Versicherungsnehmer seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort länger als drei Monate im Ausland hat. Zusatzbedingungen oder besondere Vereinbarungen mit SWICA bleiben vorbehalten.

- Der Vertrag kann aus wichtigem Grund (z.B. jeder Umstand, bei dessen Vorhandensein der kündigenden Person nach Treu und Glauben die Fortsetzung des Vertrags nicht mehr zumutbar ist) jederzeit gekündigt werden.
- Ansonsten erlischt die Versicherung durch Tod des Versicherungsnehmers oder Rücktritt vom Vertrag.
- Die Kündigung hat jeweils schriftlich oder in einer Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, zu erfolgen.

ART. 13 WAS GESCHIEHT NACH AUFLÖSUNG DER VERSICHERUNG?


- Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Spätfolgen und Rückfälle daraus, die nach Erlöschen der Versicherung eintreten, sind nicht versichert.
-  Grundsätzlich endet der Leistungsanspruch mit der Auflösung des Vertrags (vorbehältlich periodischer Leistungsverpflichtungen im Sinne von Art. 35c VVG).

IV. PRÄMIENZAHLUNG

ART. 14 WANN WERDEN DIE PRÄMIEN FÄLLIG?

- Die Prämien sind im Voraus und in der Regel monatlich zahlbar, können aber auf besondere Vereinbarung auch zweimonatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlt werden.
- Die Prämien werden jeweils am ersten Montag einer Zahlungsperiode fällig.
- Die Prämien sind innerhalb eines Monats ab vereinbartem Fälligkeitstag in Schweizer Franken an SWICA zu entrichten.

ART. 15 VERSPÄTETE ZAHLUNG

-  Trifft die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit nicht bei SWICA ein, fordert SWICA mittels Mahnung auf, innert 14 Tagen nach deren Absendung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht in den Zusatzversicherungen vom Ablauf der Mahnfrist an.
- Ruhende Zusatzversicherungen können gegen Nachzahlung der ausstehenden Prämien und Kosten (Verzugszinsen, Mahnspesen, Betriebskosten) wieder in der ursprünglichen Höhe in Kraft gesetzt werden, und zwar ohne Rücksicht auf den Gesundheitszustand des Versicherungsnehmers innerhalb von drei Monaten ab der Einstellung oder nach Bestehen einer erneuten Gesundheitsprüfung auch nach Ablauf der vorgenannten Frist. Die Deckung lebt vom Zeitpunkt der Zahlung an wieder auf.

3. SWICA ist befugt, von säumigen Versicherungsnehmern verursachte Spesen wie Kosten für Mahnungen, Beteiligungen und Verzugszinsen usw. zurückzufordern oder mit Vergütungsansprüchen zu verrechnen.

V. PRÄMIENÄNDERUNGEN UND VERTRAGSANPASSUNG

ART. 16 KÖNNEN ÄNDERUNGEN IM VERTRAGSVERHÄLTNISS EINTRETEN?

Treten nach Abschluss des Versicherungsvertrags Änderungen in der Gesetzgebung der KVG-Versicherung auf oder ergeben sich Änderungen im Leistungsangebot (z.B. die Etablierung von neuen medizinischen Entwicklungen respektive neuen Therapieformen mit erheblichen Auswirkungen auf das Versicherungsverhältnis, die Ausweitung der Anzahl von Leistungserbringern oder die Entstehung neuer Arten von Leistungserbringern), so kann SWICA die Zusatzbedingungen im Bereich der Zusatzversicherungen anpassen. Dies gilt ebenfalls bei erheblichen neuen Erkenntnissen der Wissenschaft und Forschung. Ebenso kann SWICA die Prämien entsprechend der Kostenentwicklung erhöhen oder reduzieren. Zu diesem Zweck hat SWICA die neuen Vertragsbedingungen spätestens 30 Tage vor Ablauf des Kalenderjahrs bekannt zu geben. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, den Vertrag in Bezug auf den von der Änderung betroffenen Teil auf das Ende des laufenden Kalenderjahrs zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, erfolgen und spätestens am letzten Arbeitstag des Kalenderjahrs bis 17 Uhr im Empfangsbereich von SWICA eingetroffen sein (das Datum des Poststempels ist nicht massgebend). Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrags.

ART. 17 PRÄMIENTARIFMODELLE

Die Prämien werden jährlich von SWICA in einem Tarif festgesetzt. Massgebend ist der Tarif des gewählten Produkts. Je nach Produkt gibt es folgende Prämientarifmodelle:

1. Prämientarifmodell Abschlussalter
Bei Produkten mit Abschlussaltertarif ist für die Prämienfestlegung das Lebensalter des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses massgebend. Die Altersgruppe und damit die Tarifstufe wird während der ganzen Versicherungsdauer beibehalten.
2. Prämientarifmodell Lebensalter
Beim Lebensaltertarif wird die Prämie jeweils regelmässig zu Beginn eines Kalenderjahrs an die neue Lebensaltersgruppe des Versicherungsnehmers angepasst, was in der Regel zu einer Prämienhöhung führt. Daraus ergibt sich ein Kündigungsrecht nach Art. 16 hiavor.
3. Für Versicherungsnehmer, die zu einem besonderen Tarif für Kinder oder Jugendliche in die Versicherung aufgenommen wurden, wird für die Prämie ab Beginn des Versicherungsjahrs, das der Vollendung des 18. bzw. des 25. Lebensjahrs folgt, die nächsthöhere Tarifstufe berechnet, was in der Regel zu einer Prämienhöhung führt – unabhängig vom Prämientarifmodell. Daraus ergibt sich ein Kündigungsrecht nach Art. 16 hiavor.

Die Altersgruppen im Abschlussalter- wie auch Lebensaltertarif sind in der Regel 0–18, 19–25, 26–30 und danach in Fünfjahres-Schritten bis zur Altersgruppe 61+.

ART. 18 ! WECHSEL DES BERUFS, DER TÄTIGKEIT ODER DES WOHNORTS DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Bei den Zusatzversicherungen sind für bestimmte Leistungsarten Prämienabstufungen nach Gefahrenklassen oder Wohnort vorgesehen. Wechselt der Versicherungsnehmer Beruf, Tätigkeitsbereich oder Wohnort und ändert sich damit das Risiko, kann SWICA die Prämie entsprechend anpassen. Bei Wechsel der Prämienregion infolge Umzugs ergibt sich kein Kündigungsrecht.

Der Wechsel des Berufs, des Tätigkeitsbereichs oder des Wohnorts muss innert 30 Tagen dem zuständigen Kundendienst (siehe Versicherungspolice) mitgeteilt werden. Wird diese Frist versäumt, so kann SWICA bei Bekanntwerden des jeweiligen Umstands allfällige Prämienausfälle nachfordern.

VI. PFLICHTEN UND ANSPRUCHSBEGRÜNDUNG

ART. 19 WIE ERHALTEN SIE IHRE VERGÜTUNGEN?

1. Kosten von Heilbehandlungen
SWICA bezahlt Ihnen innert 30 Tagen nach Erhalt sämtlicher relevanten Informationen Ihr Guthaben auf Ihr Bank- oder Postkonto, wenn Sie folgendermassen vorgehen:
 - a) Kosten bei ambulanter Behandlung
SWICA sind alle Rechnungen und Belege laufend einzusenden.
 - b) Spitalkosten
Müssen Sie in ein Spital, in eine Spezialklinik oder zur Kur, so ist SWICA spätestens 14 Tage vor Eintritt, bei Notfällen innert 14 Tagen nach dem Eintritt, ein Gesuch um Kostengutsprache einzureichen. SWICA entscheidet innert 10 Tagen ab Eingang des vollständigen Gesuchs über die Leistungspflicht. Eine Leistungspflicht liegt vor, wenn eine Kostengutsprache schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, durch SWICA erteilt wurde. Die Rechnungen sind innerhalb eines Jahres SWICA einzureichen.
Haben Sie noch andere Versicherungen für Spitalkosten oder Kosten für ambulante Behandlung (Zusatzversicherungen, obligatorische Unfallversicherung oder eine andere Krankenversicherung), sind SWICA, ausser den bereits erwähnten Unterlagen, die Abrechnungen des entsprechenden Versicherungsträgers (z.B. Krankenkasse, SUVA usw.) einzureichen.
2. Kapitaleistungen sind gemäss den Zusatzbedingungen geltend zu machen.
3. Zahlungen gemäss Ziffer 1 und 2 erfolgen in Schweizer Franken auf ein Schweizer oder Liechtensteiner Bank- oder Postkonto.
4. Auskunftsrecht
SWICA ist berechtigt, Belege und Auskünfte, insbesondere medizinische Informationen, zu verlangen. Der Versicherungsnehmer räumt SWICA das Recht ein, direkt entsprechende Belege und Auskünfte einzufordern sowie zur Abklärung von Versicherungsansprüchen eine Untersuchung durch einen von SWICA bezeichneten Arzt oder Therapeuten anzuordnen. Der Versicherungsnehmer hat zudem wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf den derzeitigen Fall sowie auf frühere Krankheiten und Unfälle bezieht. Der Versicherungsnehmer entbindet insbesondere alle Ärzte/Therapeuten und amtlichen Stellen sowie Versicherer und Anwälte, die ihn behandelt, beraten oder versichert haben, von jeglicher Schweigepflicht gegenüber SWICA. Bei minderjährigen Ver-

sicherungsnehmern haben die Inhaber der elterlichen Gewalt oder die Versicherungsnehmer die Beachtung der Pflichten durchzusetzen.

ART. 20 FOLGEN BEI VERTRAGSWIDRIGEM VERHALTEN

Bei Zuwiderhandeln gegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Zusatzbedingungen ist SWICA befugt, Leistungen zu kürzen oder zu verweigern, ausser es wird bewiesen, dass das vertragswidrige Verhalten auf die Folgen der Krankheit oder des Unfalls und deren Feststellung keinen Einfluss ausgeübt hat oder nicht schuldhaft war. Der Versicherungsanspruch verfällt, wenn nach schriftlicher Mahnung durch SWICA nicht binnen vier Wochen sämtliche verlangten Belege beigebracht werden.

VII. VERSCHIEDENES

ART. 21 ERFÜLLUNGORT, ANWENDBARES RECHT UND GERICHTSSTAND

1. Die Verpflichtungen aus diesem Vertrag sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
2. Die Versicherungen gemäss diesen AVB/ZB nach VVG unterstehen ausschliesslich dem materiellen schweizerischen Recht unter Ausschluss des Wiener Kaufrechts, des Internationalen Privatrechts und anderer Kollisionsnormen.
3. Bei Streitigkeiten aus den Zusatzversicherungen steht der anspruchsberechtigten Person wahlweise der Gerichtsstand am schweizerischen Hauptsitz von SWICA oder an seinem schweizerischen Wohnsitz zur Verfügung. Wohnt der Versicherungsnehmer bzw. Anspruchsberechtigte im Ausland, ist Winterthur ausschliesslicher Gerichtsstand.

ART. 22 WIDERRUFSRECHT

1. Der Antragsteller kann seinen Antrag zum Abschluss des Vertrags oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, bei SWICA (gemäss Kontaktangaben auf der Versicherungspolice) widerrufen.
2. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald der Versicherungsnehmer den Vertrag beantragt oder angenommen hat.
3. Die Frist ist eingehalten, wenn der Versicherungsnehmer am letzten Tag der Widerrufsfrist seinen Widerruf SWICA mitteilt oder seine Widerrufserklärung der Post übergibt.
4. Der Widerruf bewirkt, dass der Antrag zum Vertragsabschluss oder die Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers von Anfang an unwirksam ist. Bereits empfangene Leistungen müssen zurückerstattet werden.
5. Der Versicherungsnehmer schuldet SWICA keine weitere Entschädigung. Wo es der Billigkeit entspricht, hat der Versicherungsnehmer SWICA die Kosten für besondere Abklärungen, die diese in guten Treuen im Hinblick auf den Vertragsabschluss vorgenommen hat, teilweise oder ganz zu erstatten.

ART. 23 ! DECKUNGSAUSSCHLUSS/ABLEHNUNG

Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Aufnahme bestehen oder bestanden haben, können durch Deckungsausschluss von der beantragten Zusatzversicherung ausgeschlossen werden. Sind bei der Aufnahme Krankheiten und Unfälle verheimlicht worden, so kann der Deckungsausschluss nachträglich rückwirkend angebracht werden. SWICA kann im Rahmen der Zusatzversicherung einen Vertragsabschluss ohne Begründung ablehnen. Bei Beste-

hen eines Deckungsausschlusses entsteht kein Anspruch auf Leistungen für Krankheiten und Unfallfolgen, die unter Vorbehalt stehen. Dasselbe gilt für Krankheiten und Unfälle, welche bei der Aufnahme verheimlicht worden sind. Bei jeder Neu- oder Höherversicherung kann SWICA eine ärztliche Untersuchung verlangen. Mit Unterzeichnung des Antrags wird SWICA ermächtigt, bei Amtsstellen, Ärzten und Dritten die notwendigen Erkundigungen einzuziehen. Werden bei Vertragsabschluss erhebliche Punkte, welche die anzeigepflichtige Person kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so kann SWICA innert vier Wochen nach Kenntnisnahme der Anzeigepflichtverletzung den Vertrag (schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht) kündigen sowie sämtliche seit Vertragsbeginn mit der Anzeigepflichtverletzung zusammenhängende Leistungen zurückfordern. Der Vertrag endet, sobald der Versicherungsnehmer die Kündigung erhalten hat.

ART. 24 ÜBERTRITT VON DER KOLLEKTIV- IN DIE EINZELVERSICHERUNG

1. Wer aus einem Kollektivversicherungsvertrag (der Rahmenvertrag wird hier ebenfalls unter diesem Begriff subsumiert) von SWICA ausscheidet oder wer die Bedingungen für die Anwendbarkeit des Kollektivversicherungsvertrags nicht mehr erfüllt, muss dies SWICA spätestens innerhalb von 30 Tagen schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, mitteilen. Die betroffene Person hat allerdings das Recht, innert drei Monaten in die Einzelversicherung von SWICA überzutreten. Das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung gilt auch, wenn der Kollektivversicherungsvertrag dahinfällt.
2. Die Übertretenden werden im gleichen Umfang versichert, wie sie vorher in der Kollektivversicherung versichert waren. Die Versicherungsnehmer werden durch den Kollektivversicherungsnehmer auf das Übertrittsrecht zum Zeitpunkt des Austritts aus dem Kollektivversicherungsvertrag aufmerksam gemacht. In der Kollektivversicherung erbrachte Leistungen werden in der Einzelversicherung angerechnet.
3. Für die Prämien gilt der zum Zeitpunkt des Übertritts bestehende Prämientarif der Einzelversicherung. Das Übertrittsalter von der Kollektiv- in die Einzelversicherung ist identisch mit dem Eintrittsalter in den Heilungskostenvertrag.

ART. 25 WAS GESCHIEHT BEI EINEM VORHANDENEN HAFTPFLICHTIGEN ODER DRITTEN LEISTUNGSERBRINGER?

1. Sind Dritte haftpflichtig, gewährt SWICA keine Versicherungsdeckung. Die Leistungspflicht von SWICA beschränkt sich auf den Umfang, als eine Haftpflicht eines Dritten nicht oder nur teilweise gegeben ist. Bei teilweiser Leistungspflicht des Dritten erbringt SWICA ihre Leistungen in dem Masse, wie dem Versicherungsnehmer keine Überentschädigung erwächst.
2. Die Entschädigung entfällt in dem Masse, wie die Kosten zulasten der Unfallversicherung (UVG), der Krankenversicherung (KVG), der eidg. Invalidenversicherung (IV) oder der eidg. Militärversicherung (MV) gehen. Bestehen für dieselben Kosten mehrere Versicherungen nach VVG oder bestehen andere Ansprechpartner, die ohne Versicherung bei SWICA leistungspflichtig wären, werden die Kosten insgesamt nur einmal vergütet. Bei Mehrfachversicherung haftet jedes Versicherungsunternehmen für den Schaden in dem Verhältnis, in dem seine Versicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen steht.
3. Bestreitet ein Dritter seine Leistungspflicht, so ist SWICA nicht verpflichtet, Leistungen zu erbringen.
4. Freiwillige Vorleistungen werden durch SWICA nur erbracht, wenn der Versicherungsnehmer seine Rechte gegenüber Dritten an SWICA abtritt. SWICA kann dem Versicherungsnehmer beim Durchsetzen seiner Rechte gegenüber Dritten Rechtsschutz gewähren.
5. Schliesst der Versicherungsnehmer ohne vorherige Zustimmung von SWICA einen Vergleich mit Dritten ab, so entfällt die Leistungspflicht von SWICA.
6. SWICA ist nicht leistungspflichtig, wenn der Versicherungsnehmer seine Forderung gegenüber einem Dritten nicht rechtzeitig geltend macht oder sich nicht um ihren Eingang bemüht.
7. Der Versicherungsnehmer hat SWICA über Art und Ausmass sämtlicher Leistungen Dritter zu informieren. Bei Unterlassung kann SWICA die Leistungen verweigern oder kürzen.

ART. 26 VERRECHNUNG UND RÜCKFORDERUNG

Von SWICA irrtümlich erbrachte Leistungen sind vom Versicherungsnehmer auf schriftliche Aufforderung hin zurückzuerstatten. Hier besteht zugunsten von SWICA ein Verrechnungsrecht.

ART. 27 VERBOT DER ABTRETUNG UND DER VERPFÄNDUNG

Forderungen gegenüber SWICA dürfen weder abgetreten noch verpfändet werden.

ART. 28 ANTRAG IM VERBUND (FAMILIENKONSTELLATION)

1. Wird ein Versicherungsantrag im Verbund, das heisst ein Antrag für mehrere Personen gestellt, die eine Familienkonstellation (bspw. Ehemann und Ehefrau inkl. Kinder/Konkubinatspartner/Grosseltern und Enkel; die Personen dieser Familienkonstellation werden in der Familienpolice aufgelistet) bilden, so kann die hauptantragstellende Person (vertretungsermächtigte Person, die den Versicherungsantrag inkl. Gesundheitsdeklaration für sich und die vertretenen [mitantragstellenden] Personen ausfüllt und über welche die gesamte Kommunikation, die im Zusammenhang mit dem Versicherungsantrag entsteht, abgewickelt wird), die anderen volljährigen und urteilsfähigen mitantragstellenden Personen vertreten und verpflichtet (für minderjährige Kinder reicht der gesetzliche Vertreter den Antrag ein). Die vertretungsberechtigte Person ist dafür verantwortlich, dass sie von der vertretenen Person gehörig dafür ermächtigt ist. Handelt eine Person ohne entsprechende Ermächtigung, kann sie von SWICA für einen aus dem Dahinfallen des Versicherungsvertrags erwachsenen Schaden, wenn die vertretene/n Person/en diesen Vertrag nicht im Nachhinein genehmigt/genehmigen, haftbar gemacht werden.
2. Ein Antrag im Verbund bedeutet zudem, dass alle Dokumente (wie z.B. Aufnahmeentscheide, Prämien- und Kostenbeteiligungsrechnungen, Leistungsabrechnungen, Versicherungspolice, Versichertenkarten, Steuernachweise, Korrespondenzen zu Leistungsrück-erstattungen, Versicherungsdeckungen etc.) im Rahmen des Versicherungsverhältnisses administrativ als Familienpolice (Familieninkasso) geführt werden und der im Antrag als «Vertragskontakt» (muss nicht die hauptantragstellende Person sein) definierten Person die in der Ermächtigung (Vollmacht) definierten Aufgaben zukommen.
3. Die Vollmacht für den Vertragskontakt umfasst folgende Funktionen: Der Vertragskontakt ist als Zahler sämtlicher Prämien der Familienpolice (d.h., der Vertragskontakt ist dafür verantwortlich, dass die Prämien sämtlicher Versicherungsnehmer der Familienpolice gesamthaft einbezahlt werden) und der Kostenbeteiligungen verantwortlich. Ferner erhält er die Leistungsauszahlungen. Schliesslich werden ihm als Korrespondenzempfänger jegliche Korrespondenz sowie die darin enthaltenen Angaben, inklusive besonders schützenswerter Personendaten wie Daten über die Gesundheit, von SWICA zugesendet oder weitergegeben. Die Zustellung erfolgt grundsätzlich für die gesamte Korrespondenz, inklusive Verfügungen, rechtsverbindlicher Mitteilungen und fristgebundener Entscheide. SWICA lehnt für die Folgen der Preis-

- gabe der Daten durch den Vertragskontakt jegliche Haftung ab und haftet nicht für die Folgen, die sich aus einer allenfalls verzögerten Weiterleitung von Informationen durch den Vertragskontakt an den entsprechenden Versicherungsnehmer ergeben.
4. Die dem Vertragskontakt erteilte Vollmacht kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der Vertragskontakt ist dafür verantwortlich, dass er von der/den vertretenen Person/en gehörig für die vorstehenden Handlungen/Aufgaben ermächtigt ist.
 5. SWICA hält fest, dass im Falle eines Antrags im Verbund der eingereichte Antrag als im Wissen der vertretenen mitantragstellenden Personen erstellt und die Gesundheitsdeklarationen als im Wissen oder als zusammen mit den mitantragstellenden Personen ausgefüllt behandelt wird. Allfällige Falschdeklarationen durch die hauptantragstellende Person können genauso zu einer Anzeigepflichtverletzung führen, wie wenn der Antrag durch die mitantragstellende Person selbst ausgefüllt worden wäre. Vertragspartei inklusive Schuldner der Prämie sowie anspruchsberechtigte Person aus dem Versicherungsvertrag, inklusive aller Rechte und Pflichten, bleibt immer der Versicherungsnehmer selbst.
 6. Mit der Einreichung des Versicherungsantrags bestätigen die Antragsteller (haupt- oder mitantragstellende Antragsteller), unabhängig davon, ob es sich um einen Antrag im Verbund handelt, dass sie diese AVB und die jeweils anwendbaren Zusatzbedingungen sowie die allfälligen Zusätzlichen Versicherungsbedingungen oder die Besonderen Bestimmungen und die Datenschutzerklärung (vgl. Art. 29) gelesen, verstanden und akzeptiert haben. Allfällige mitantragstellende Personen erklären sich zudem mit der Einreichung des Versicherungsantrags mit der Vertretung durch die hauptantragstellende Person einverstanden.
 7. Die vertretenen Personen haben jedoch jederzeit das Recht, die Ermächtigung zur Vertretung zu widerrufen. Eine allfällige Falschdeklaration, die zu einer Anzeigepflichtverletzung führen könnte, wird damit jedoch nicht aufgehoben.
 8. Die Regelungen nach diesem Art. 28 gelten nur für Verträge, die gemäss dem 1.1.2022 abgeschlossen wurden. Für Verträge, die vor dem 1.1.2022 abgeschlossen wurden, gelten die bestehenden Regelungen.

VIII. DATENBEARBEITUNG

ART. 29 DATENBEARBEITUNG DURCH SWICA

1. SWICA beschafft und verwendet personenbezogene Daten der Versicherungsnehmer in Übereinstimmung mit dem geltenden Datenschutzgesetz und dessen Verordnungen, den geltenden Sozial- und Privatversicherungsgesetzen und gemäss den Datenschutzbestimmungen von SWICA (SWICA Datenschutzerklärung).
2. Bearbeitet werden insbesondere Stamm- und Vertragsdaten (wie z.B. Vorname, Name, Anschrift, Postleitzahl, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefonnummer [Mobile und Festnetz], Bankverbindungen, Zivilstand, Anzahl Kinder, Daten von Bevollmächtigten, finanzielle Angaben über das Einkommen), Gesundheitsdaten (Diagnose, Symptome, Medikationen, durchgeführte Operationen usw.), Daten über Behandlungen und den Behandlungsweg, Leistungskosten, Daten über den persönlichen und sozialen Lebensbereich oder auch Persönlichkeitsprofile, Daten von anderen Versicherern, Daten von Leistungserbringern, Daten über schuldbetreibungs- und konkursrechtliche Angelegenheiten.
3. Die Daten werden zu den Zwecken bearbeitet, zu denen der Versicherungsnehmer im Rahmen der Antragstellung und des Versicherungsabschlusses seine Einwilligung erteilt hat, zu den Zwecken gemäss den geltenden AVB und ZB oder zu denjenigen, zu denen SWICA gemäss dem geltenden Datenschutzgesetz und den geltenden Sozial- und Privatversicherungsgesetzen ermächtigt ist.
4. Insbesondere bearbeitet SWICA Daten im Rahmen der Antragstellung zum Abschluss eines Versicherungsvertrags (Beratungsgespräch, Versicherungsantrag, Antragsprüfung, Vertragsabschluss usw.) und zur Versicherungsvertragsabwicklung (Leistungsabwicklung, Informationsvermittlung, Kundenbetreuung, Customer Journey, Integrierte Versorgung, Unterbreitung von Produktangeboten, Marketing usw.) während der Dauer des Versicherungsverhältnisses. Weiter wird SWICA die Daten mit mathematischen Methoden zu statistischen Zwecken auswerten, um aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse die Qualität und den Nutzen ihrer Dienstleistungen und Produkte für bestehende, ehemalige und potenzielle Versicherungsnehmer weiterzuentwickeln und zu verbessern und Versicherungsnehmer darüber informieren zu können. Ferner behält sich SWICA vor, in begründeten Verdachtsfällen Abklärungen zu möglichem Versicherungsmissbrauch durchzuführen. Im Zusammenhang mit diesen Bearbeitungsvorgängen können Persönlichkeitsprofile erstellt werden.

5. Die personenbezogenen Daten speichert SWICA elektronisch oder in Papierform und bearbeitet sie, um die Vertragsleistungen erbringen und die Versicherungsnehmer im Hinblick auf einen zuverlässigen und bedürfnisgerechten Versicherungsschutz beraten und betreuen zu können.
6. SWICA kann Dritte (andere beteiligte Versicherer, Vertrauensärzte, Behörden, Anwälte und externe Sachverständige, Rechenzentren usw.) beauftragen, Dienstleistungen zugunsten des Versicherungsnehmers zu erbringen und an die Dritten personenbezogene Daten für die Aufgabenerfüllung weiterleiten. SWICA verpflichtet die Dritten vertraglich zur Vertraulichkeit und Geheimhaltung sowie zur Einhaltung des Datenschutzgesetzes. Eine Datenweitergabe kann auch zum Zweck der Aufdeckung oder Verhinderung eines Versicherungsmissbrauchs erfolgen.
7. Wenn SWICA den Versicherungsnehmern eine Versicherungskarte abgibt, gilt diese als Ausweis über abgeschlossene Versicherungen gegenüber Leistungserbringern. Im Falle des Abschlusses eines Produkts nach KVG wird die Karte aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des KVG erstellt und enthält darüber hinaus Angaben entsprechend den EU-Normen als Nachweis des Versicherungsschutzes bei Aufenthalten im EU-Raum. Wird eine Versicherung nach VVG abgeschlossen, können Angaben zum Umfang der Versicherungsdeckung inkl. Zusatzversicherungen enthalten sein.
8. Weitere zusätzliche Informationen zur Bearbeitung von Daten finden sich in der Datenschutzerklärung von SWICA. Die Datenschutzerklärung findet während der gesamten Dauer des Vertragsverhältnisses zwischen SWICA und dem Versicherungsnehmer Anwendung. Die Datenschutzerklärung gibt insbesondere weiterführende Auskunft über die bearbeiteten Datenkategorien, die Datenbearbeitungsvorgänge, deren Zwecke sowie die entsprechenden Grundlagen der Datenbearbeitung wie auch hinsichtlich der Rechte der Versicherungsnehmer in Bezug auf die Datenbearbeitung durch SWICA sowie die Dauer der Datenbearbeitung und der Aufbewahrungsfristen der Daten.

IX. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

ART. 30 MITTEILUNGEN UND MELDUNGEN

1. Alle Mitteilungen und Meldungen des Versicherungsnehmers sind an SWICA zu richten. Die Kontaktangaben sind auf der Versicherungspolice zu finden. Die Versicherungsträgerin anerkennt alle derartigen Mitteilungen und Anzeigen als an sie selbst gerichtet.
2. Sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffenden Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (z.B. Änderung des gesetzlichen Vertreters/Prämienzahlers, Wohnsitzwechsel, Änderung des Geschlechts etc.) muss der Versicherungsnehmer SWICA umgehend schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, mitteilen.
3. Alle Mitteilungen und Meldungen seitens SWICA bzw. der Versicherungsträgerin erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz oder den angegebenen elektronischen Kontakt.

ART. 31 VERJÄHRUNG

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

Für Verträge, die vor dem 1.1.2022 abgeschlossen wurden, gilt bezüglich der Schulden des Versicherungsnehmers eine Verjährungsfrist von zwei Jahren.

ZUSATZVERSICHERUNGEN COMPLETA TOP UND COMPLETA PRAEVENTA.

I. ANWENDUNGSBEREICH

ART. 1 ZWECK

1. SWICA bezahlt aus den Zusatzversicherungen COMPLETA TOP (Basismodul) und COMPLETA PRAEVENTA (Zusatzmodul) für ambulante und stationäre Behandlungen zusätzliche Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG).
2. Das Grundmodul COMPLETA TOP kann durch das Zusatzmodul COMPLETA PRAEVENTA erweitert werden.
3. **!** Das Zusatzmodul kann nicht für sich allein, sondern nur zusammen mit COMPLETA TOP abgeschlossen werden. Wird der Versicherungsvertrag zu COMPLETA TOP beendet, wird automatisch auf denselben Zeitpunkt auch der Versicherungsvertrag zu COMPLETA PRAEVENTA beendet.

ART. 2 VERSICHERUNGSNEHMER

Jede Person kann diese Zusatzversicherung beantragen, sofern ihr gesetzlicher Wohnsitz in der Schweiz liegt. Bei Wohnsitznahme des Versicherungsnehmers im Ausland wird der Versicherungsvertrag zu COMPLETA TOP und COMPLETA PRAEVENTA auf den Zeitpunkt der Wohnsitznahme im Ausland beendet.

II. VERSICHERUNGSUMFANG

ART. 3 VERSICHERUNGSUMFANG

1. **!** SWICA übernimmt die Kosten von Heilbehandlungen oder Präventionsmassnahmen, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.
2. Der Umfang der Versicherung richtet sich nach diesen Bedingungen sowie nach der Police.
3. Von anderen Sozialversicherungen auferlegte Kostenbeteiligungen sind nicht versichert.

III. LEISTUNGEN VON COMPLETA TOP IN DER SCHWEIZ

ART. 4 KOMPLEMENTÄRMEDIZIN

1. Bezahlt werden die Kosten für SWICA-anerkannte komplementärmedizinische Methoden, sofern die Behandlung durch einen von SWICA anerkannten Arzt oder Therapeuten vorgenommen wird.
2. SWICA führt eine Liste der anerkannten Methoden und ein Verzeichnis der anerkannten Ärzte und Therapeuten.
3. Falls keine anerkannten Tarife bestehen, bezahlt SWICA maximal 80 Franken pro Stunde.

ART. 5 MEDIKAMENTE

1. SWICA bezahlt die Kosten für medizinisch notwendige Medikamente, die von einem Arzt verordnet werden und nicht unter die Negativliste fallen.
2. SWICA bezahlt die Kosten für homöopathische, phytotherapeutische und anthroposophische Präparate, die von einem Therapeuten gemäss Art. 4 verordnet oder abgegeben werden und nicht unter die Negativliste fallen.
3. Präparate und Medikamente werden zum Publikumspreis entschädigt. Werden die Präparate oder Medikamente selbst hergestellt, vergütet SWICA die Herstellungskosten mit einem Zuschlag von max. 30 Prozent.

4. Als Medikamente gelten Präparate, die Swissmedic-registriert sind. Nicht bezahlt werden jedoch Wirkstoffe oder Präparate, die der Prävention von Krankheiten dienen, Kosmetika sind, der sexuellen Stimulation dienen oder zur Gewichtsreduktion beitragen sollen, sowie diejenigen Präparate und Wirkstoffe, die den Bestimmungen der Lebensmittelverordnung unterstellt sind (nicht Swissmedic-registriert). Ebenso besteht keine Versicherungsdeckung für Produkte, die vom Hersteller freiwillig von der Spezialitätenliste nach KVG genommen wurden. Produkte, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur für eingeschränkte Anwendungen oder nur teilweise übernommen werden, bezahlt SWICA aus COMPLETA TOP ausserhalb dieser Einschränkungen ebenfalls nicht.

ART. 6 PSYCHOTHERAPIEN BEI SELBSTSTÄNDIG TÄTIGEN PSYCHOTHERAPEUTEN

SWICA bezahlt 90 Prozent der Kosten von ärztlich verordneten, der Behandlung einer psychischen Erkrankung dienenden und von selbstständig tätigen Psychotherapeuten durchgeführten Psychotherapien, pro Kalenderjahr höchstens 60 Sitzungen à 50 Franken. Der Psychotherapeut muss über eine eidgenössisch oder kantonal anerkannte Fachausbildung verfügen oder Mitglied der Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) sein.

ART. 7 MUTTERSCHAFT/STILLGELD

SWICA bezahlt 200 Franken Stillgeld, wenn die Versicherungsnehmerin während wenigstens zehn Wochen ganz oder teilweise stillt. Bei Mehrlingsgeburten erfolgt die Vergütung pro Kind. Es muss eine Bestätigung vom Arzt oder von der Hebamme vorliegen.

ART. 8 BADEKUREN

1. Bei medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten und von SWICA im Voraus bewilligten Badekuren, die in einem anerkannten Schweizer Heilbad oder in besonderen Fällen auf Gesuch und nach erfolgter Bewilligung durch SWICA im Ausland durchgeführt werden, bezahlt SWICA an die Aufenthalts- und Behandlungskosten einen Beitrag von höchstens 30 Franken pro Kurtag während längstens 30 Tagen pro Kalenderjahr.
2. Die Kurverordnung ist SWICA mindestens 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

ART. 9 ERHOLUNGSKUREN

1. Bei ärztlich verordneten Erholungskuren, die medizinisch begründet und von SWICA vorgängig bewilligt worden sind und in einem Kurhaus gemäss der SWICA-Liste durchgeführt werden, bezahlt SWICA an die Aufenthaltskosten einen Beitrag von höchstens 20 Franken pro Kurtag während längstens 30 Tagen pro Kalenderjahr.
2. Die Kurverordnung ist SWICA mindestens 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

ART. 10 HAUSHALTHILFE

1. SWICA bezahlt 50 Prozent der ausgewiesenen Kosten für Haushalthilfen, die für Arbeiten im eigenen Haushalt des Versicherungsnehmers notwendig sind, höchstens 30 Franken pro Tag während längstens 60 Tagen pro Kalenderjahr.
2. Die Notwendigkeit einer Haushalthilfe muss durch ein ärztliches Zeugnis ausgewiesen sein.
3. Die Beiträge werden auch an Familienangehörige oder Verwandte entrichtet, sofern ihnen durch die geleistete Hilfe ein nachweisbarer Verdienstausschlag entsteht.

ART. 11 BRILLEGLÄSER UND -FASSUNGEN, KONTAKTLINSEN

1. SWICA bezahlt für medizinisch notwendige Brillengläser und -fassungen sowie für Kontaktlinsen 90 Prozent der Kosten, höchstens 200 Franken pro drei Kalenderjahre.
2. Voraussetzung für diese Leistung ist, dass nicht innerhalb der letzten drei Kalenderjahre aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen für Sehhilfen erbracht wurden.

ART. 12 HILFSMITTEL

SWICA bezahlt für ärztlich verordnete und von SWICA anerkannte Hilfsmittel (ausgenommen Zahnprothesen und Sehhilfen), die nicht als gesetzliche Pflichtleistung gelten, 90 Prozent der Kosten, höchstens 200 Franken pro Kalenderjahr. SWICA führt eine Liste der anerkannten Hilfsmittel.

ART. 13 ZAHNBEHANDLUNGSKOSTEN

SWICA bezahlt 50 Prozent der Kosten, max. 100 Franken pro Kalenderjahr für zahnärztliche Behandlungen, die keine gesetzlichen Pflichtleistungen darstellen.

ART. 14 ZAHNSTELLUNGSKORREKTUREN

1. Für Zahnstellungskorrekturen bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 25. Altersjahr übernimmt SWICA 50 Prozent der Kosten gemäss UVG-Tarif, höchstens 10 000 Franken pro Kalenderjahr.
2. Bei stationären Behandlungen übernimmt SWICA 50 Prozent der Kosten gemäss Tarif der allgemeinen Abteilung der dem Wohnort des Versicherungsnehmers nächstgelegenen öffentlichen Heilanstalt im Wohnkanton, höchstens 10 000 Franken pro Kalenderjahr.

ART. 15 KIEFERCHIRURGIE

1. Für kieferchirurgische Massnahmen übernimmt SWICA 50 Prozent der Kosten gemäss Referenztarif des Wohnkantons des Versicherungsnehmers, höchstens 10 000 Franken pro Kalenderjahr.
2. Bei ambulanten Behandlungen übernimmt SWICA 50 Prozent der Kosten nach dem Tarif, der gemäss KVG vergütet wird, höchstens 10 000 Franken pro Kalenderjahr.

ART. 16 NOTFALL-/VERLEGUNGSTRANSPORTE, SUCH-/BERGUNGSAKTIONEN IN DER SCHWEIZ

1. SWICA bezahlt in Ergänzung zur Grundversicherung die Kosten für Notfalltransporte oder medizinisch notwendige Verlegungstransporte zum nächsten Arzt oder Spital innerhalb der Schweiz nach den üblichen Tarifen, zusammen höchstens 90 Prozent bis 20 000 Franken pro Kalenderjahr.
2. SWICA bezahlt Aktionen, die im Hinblick auf die Suche und/oder Bergung des Versicherungsnehmers unternommen werden, bis höchstens 20 000 Franken pro Kalenderjahr.

IV. LEISTUNGEN VON COMPLETA TOP IM AUSLAND

ART. 17 LEISTUNGEN IM AUSLAND

1. SWICA leistet Kostengutsprache und bezahlt die Kosten für medizinisch notwendige Behandlungen, die während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts einer Person mit Wohnsitz in der Schweiz entstehen und nicht durch eine anderweitige Versicherung gedeckt sind. Versichert sind alle Behandlungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Schweiz anerkannt sind.
2. SWICA übernimmt in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen bei Notfällen (private Spitalklasse für die ersten drei Reisemonate).

3. Begibt sich ein Versicherungsnehmer ohne Einwilligung von SWICA zur Behandlung ins Ausland, werden die Kosten nicht ersetzt.

ART. 18 PERSONENASSISTANCE

Wenn ein Versicherungsnehmer im Ausland erkrankt oder verunfallt oder wenn eine ärztlich attestierte, unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt, übernimmt SWICA ausserdem folgende Leistungen:

1. Such-/Bergungsaktionen und Notfall- und Verlegungstransporte im Ausland, sofern der von der SWICA-Notrufzentrale beauftragte Arzt dies für notwendig erachtet, zusammen bis 50 000 Franken pro Kalenderjahr.
2. Rückführung in die Schweiz bzw. ins Spital, sofern der von SWICA bzw. der von der SWICA-Notrufzentrale beauftragte Arzt dies für notwendig erachtet.
3. Wenn ein Spitalaufenthalt im Ausland länger als sieben Tage dauert, werden einer dem SWICA-Versicherungsnehmer sehr nahe stehenden Person die Kosten für eine Besuchsreise wie folgt bezahlt: Die ausgewiesenen Kosten für die Hin- und Rückreise, höchstens jedoch die Kosten für einen Flug in der Economy-Class sowie zusätzlich die ausgewiesenen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, jedoch höchstens 200 Franken pro Tag und insgesamt maximal 1 000 Franken.

ART. 19 VERHALTEN IM SCHADENFALL

1. Im Grundsatz ist Voraussetzung für die Leistungen gemäss Art. 17 (mit Ausnahme der Kostenübernahme für ambulante Behandlungen) und Art. 18 der Beizug der SWICA-Notrufzentrale. Die Leistungen werden nicht erbracht, wenn sie nicht durch die SWICA-Notrufzentrale genehmigt und organisiert sind.
2. Der Versicherungsnehmer kann im Grundsatz die ambulante Behandlung selbst veranlassen. Wenn aber die medizinischen ambulanten Massnahmen wie Diagnostik, Behandlung, Pflege und Medikamente gesamthaft die Kosten von 25 000 Franken pro Kalenderjahr überschreiten, muss der Versicherungsnehmer von SWICA eine Kostengutsprache verlangen. Liegt diese nicht vor, besteht kein Leistungsanspruch aus dieser Versicherung.

3. Für Spitalaufenthalte hat der Versicherungsnehmer von der SWICA-Notrufzentrale vor Beginn der Behandlung oder vor dem Spitaleintritt eine Kostengutsprache zu verlangen. Bei Notfällen gilt eine Meldefrist von fünf Tagen ab Behandlungsbeginn. Die Ärzte der Notrufzentrale entscheiden aufgrund des medizinischen Befunds über die Kostengutsprache von SWICA sowie über eine allfällige Verlegung in ein anderes Spital oder über die Rückführung in die Schweiz in ein geeignetes Spital in der Nähe des Wohnorts des Versicherungsnehmers.
4. **!** Alle Rechnungen sind vom Versicherungsnehmer im Original oder mittels eines durch SWICA zur Verfügung gestellten elektronischen Zustellkanals, versehen mit den notwendigen medizinischen Angaben, SWICA einzureichen. Sind die Unterlagen ungenügend oder unverständlich oder ist der angewandte Tarif missbräuchlich, so kann SWICA die Leistungen kürzen oder verweigern.
5. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, alles zu unternehmen, was zur Minderung des Schadens und zu dessen Klärung beitragen kann.

V. LEISTUNGEN COMPLETA PRAEVENTA

ART. 20 ZWECK

Wenn COMPLETA PRAEVENTA zusätzlich abgeschlossen worden ist, bezahlt SWICA Leistungen für folgende Vorsorgemassnahmen:

ART. 21 SCHUTZIMPFUNGEN, REISESCHUTZIMPFUNGEN

SWICA bezahlt für ärztlich empfohlene Schutzimpfungen, die nicht als gesetzliche Pflichtleistungen gelten, 90 Prozent der Kosten, höchstens 200 Franken pro Kalenderjahr.

ART. 22 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

1. SWICA bezahlt 50 Prozent der Kosten für Massnahmen, die der Gesundheitsförderung und Prävention dienen, gemäss separater Liste, höchstens 500 Franken pro Kalenderjahr.
2. Für medizinische Check-ups und gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, die keine gesetzlichen Pflichtleistungen darstellen und der Früherkennung von Krankheiten dienen, bezahlt SWICA, gemäss separater Liste, 90 Prozent der Kosten, höchstens 500 Franken innerhalb von drei Kalenderjahren.

VI. KOSTENBETEILIGUNG

ART. 23 **!** KOSTENBETEILIGUNG

1. Für die Leistungen gemäss Art. 4 Komplementärmedizin, Art. 5 Medikamente und Art. 17 Leistungen im Ausland dieser Bedingungen können erwachsene Versicherungsnehmer zwischen keiner Franchise und einer Franchise von 600 Franken wählen. Für Kinder bis zum 18. Altersjahr wird keine Franchise erhoben. Ab Beginn des Versicherungsjahrs, das der Vollendung des 18. Lebensjahrs folgt, wird der Versicherungsnehmer automatisch in die Option Franchise 600 Franken eingeteilt.
2. Für alle Versicherungsnehmer wird ein Selbstbehalt von 10 Prozent erhoben. Eine in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bereits erbrachte Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) wird angerechnet.
3. Den Wechsel von einer Franchise von 600 Franken zu keiner Franchise oder umgekehrt kann der erwachsene Versicherungsnehmer jeweils unter Einhaltung einer dreimonatigen Änderungsfrist auf Beginn eines Kalenderjahrs beantragen. Die Reduktion der Franchise erfolgt nach einer Gesundheitsprüfung und kann abgelehnt werden, während eine Erhöhung der Franchise jeweils ohne Gesundheitsprüfung erfolgt.
4. Die prozentuale Kostenbeteiligung erfolgt in Ergänzung zu anderen Zusatzversicherungen und wird in jedem SWICA-Versicherungsprodukt separat berechnet.

VII. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

ART. 24 LISTEN UND VERZEICHNISSE

Die in diesen Bedingungen erwähnten Listen und Verzeichnisse werden digital zur Verfügung gestellt und laufend aktualisiert und sind jederzeit abrufbar. Versicherungsnehmer erhalten beim SWICA-Kundendienst jederzeit Auszüge.

ART. 25 PRÄMIENTARIFMODELL

Die Produkte führen einen Abschlussaltertarif.

ZUSATZVERSICHERUNG SUPPLEMENTA.

I. ANWENDUNGSBEREICH

ART. 1 ZWECK

SWICA bezahlt aus der Zusatzversicherung SUPPLEMENTA Kosten, welche von der gesetzlichen Krankenpflegeversicherung und einer anderen Zusatzversicherung von SWICA nicht oder nur teilweise übernommen werden.

ART. 2 VERSICHERUNGSNEHMER

Jede Person mit gesetzlichem Wohnsitz in der Schweiz kann die Zusatzversicherung SUPPLEMENTA beantragen. Voraussetzung für den Abschluss der SUPPLEMENTA ist das Bestehen der Zusatzversicherung COMPLETEA TOP bei SWICA.

Wird der Versicherungsvertrag zu COMPLETEA TOP beendet, wird automatisch auf denselben Zeitpunkt auch der Versicherungsvertrag zu SUPPLEMENTA beendet.

II. VERSICHERUNGSUMFANG

ART. 3 VERSICHERUNGSUMFANG

1. Der Umfang der Versicherung richtet sich nach diesen Bedingungen sowie nach der Police.
2. Von anderen Sozialversicherungen auferlegte Kostenbeteiligungen sind nicht versichert.

III. LEISTUNGEN

ART. 4 BRILLEGLÄSER UND -FASSUNGEN, KONTAKTLINSEN

SWICA bezahlt für medizinisch notwendige Brillengläser und -fassungen sowie Kontaktlinsen 90 Prozent der Kosten, höchstens 300 Franken pro drei Kalenderjahre.

ART. 5 HILFSMITTEL

SWICA bezahlt für ärztlich verordnete und von SWICA anerkannte Hilfsmittel (ausgenommen Zahnprothesen und Sehhilfen), die nicht als gesetzliche Pflichtleistungen gelten, 90 Prozent der Kosten, höchstens 500 Franken pro Kalenderjahr. SWICA führt eine Liste der anerkannten Hilfsmittel.

ART. 6 NOTFALL-/VERLEGUNGSTRANSPORTE

SWICA bezahlt die Kosten für Notfalltransporte oder medizinisch notwendige Verlegungstransporte zum nächsten Arzt oder Spital nach den üblichen Tarifen, zusammen höchstens 90 Prozent bis 20000 Franken pro Kalenderjahr.

IV. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

ART. 7 KOORDINATION MIT ANDEREN VERSICHERUNGEN

Die prozentuale Kostenbeteiligung erfolgt in Ergänzung zu anderen Zusatzversicherungen und wird in jedem SWICA-Versicherungsprodukt separat berechnet.

ART. 8 LISTEN UND VERZEICHNISSE

Die in diesen Bedingungen erwähnten Listen und Verzeichnisse werden digital zur Verfügung gestellt und laufend aktualisiert und sind jederzeit abrufbar. Versicherungsnehmer erhalten beim SWICA-Kundendienst jederzeit Auszüge.

ART. 9 PRÄMIENTARIFMODELL

Dieses Produkt führt einen Abschlussaltertarif.

ZUSATZVERSICHERUNG OPTIMA.

I. ANWENDUNGSBEREICH

ART. 1 ZWECK

SWICA bezahlt aus der ambulanten Privatpatientenversicherung OPTIMA zusätzliche Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und zur Zusatzversicherung COMPLETA TOP und COMPLETA PRAEVENTA.

ART. 2 VERSICHERUNGSNEHMER

Jede Person mit gesetzlichem Wohnsitz in der Schweiz kann die ambulante Privatpatientenversicherung OPTIMA beantragen.

II. VERSICHERUNGSUMFANG

ART. 3 VERSICHERUNGSUMFANG

Der Umfang der Versicherung richtet sich nach diesen Bedingungen sowie nach der Police. SWICA übernimmt die Kosten von Heilbehandlungen oder gesundheitsfördernden und präventiven Massnahmen, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

III. LEISTUNGEN

ART. 4 AMBULANTE BEHANDLUNG

SWICA bezahlt weltweit die Honorare der Medizinalpersonen. Hat der Versicherungsnehmer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl getroffen, gelten diese Bestimmungen auch für diese Zusatzversicherung.

ART. 5 KOMPLEMENTÄRMEDIZIN

1. Bezahlt werden die Kosten für SWICA-anerkannte komplementärmedizinische Methoden, sofern die Behandlung durch einen von SWICA anerkannten Arzt oder Therapeuten vorgenommen wird.
2. SWICA führt eine Liste der anerkannten Methoden und ein Verzeichnis der anerkannten Ärzte und Therapeuten.

ART. 6 PSYCHOTHERAPIEN BEI SELBSTSTÄNDIG TÄTIGEN PSYCHOTHERAPEUTEN

SWICA bezahlt einen Beitrag an die Kosten von ärztlich verordneten, der Behandlung einer psychischen Erkrankung dienenden und von selbstständig tätigen Psychotherapeuten durchgeführten Psychotherapien, pro Kalenderjahr höchstens 60 Sitzungen à 25 Franken. Der Psychotherapeut muss über eine eidgenössisch oder kantonale anerkannte Fachausbildung verfügen oder Mitglied der Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) sein.

ART. 7 MUTTERSCHAFT

SWICA bezahlt bei ambulanten Geburten sämtliche anfallenden Kosten für die ärztliche Behandlung und die Leistungen der Hebamme.

ART. 8 SCHUTZIMPFUNGEN, REISESCHUTZIMPFUNGEN

SWICA bezahlt 90 Prozent der Kosten für ärztlich empfohlene Schutzimpfungen.

ART. 9 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

1. SWICA bezahlt 90 Prozent der Kosten für Massnahmen, die der Gesundheitsförderung und Prävention dienen, gemäss separater Liste, höchstens 300 Franken pro Kalenderjahr.
2. Für medizinische Check-ups und gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, die keine gesetzlichen Pflichtleistungen darstellen und der Früherkennung von Krankheiten dienen, bezahlt SWICA, gemäss separater Liste, 90 Prozent der Kosten ohne betragliche Begrenzung.

ART. 10 BADEKUREN

1. Bei ärztlich verordneten und von SWICA im Voraus bewilligten Badeskuren bezahlt SWICA an die Aufenthalts- und Behandlungskosten einen Beitrag von höchstens 30 Franken pro Kurtag während längstens 30 Tagen pro Kalenderjahr.
2. Voraussetzung für die Ausrichtung der Kurbeiträge ist, dass sich der Versicherungsnehmer einer ärztlichen Ein- und Austrittsvisite und intensiven balneologischen und physiotherapeutischen Massnahmen unterzieht.
3. Die Kurverordnung ist SWICA mindestens 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

ART. 11 ERHOLUNGSKUREN

1. Bei ärztlich verordneten Erholungskuren, die medizinisch begründet und von SWICA im Voraus bewilligt sind und in einem Kurhaus gemäss der Liste von SWICA durchgeführt werden, bezahlt SWICA an die Aufenthaltskosten einen Beitrag von höchstens 30 Franken pro Kurtag während längstens 30 Tagen pro Kalenderjahr.
2. Die Kurverordnung ist SWICA mindestens 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

ART. 12 BRILLENGLÄSER UND -FASSUNGEN, KONTAKTLINSEN

SWICA bezahlt für medizinisch notwendige Brillengläser und -fassungen sowie für Kontaktlinsen 90 Prozent der Kosten, höchstens 300 Franken pro drei Kalenderjahre.

ART. 13 HILFSMITTEL

SWICA bezahlt für ärztlich verordnete und von SWICA anerkannte Hilfsmittel (ausgenommen Zahnprothesen und Sehhilfen), die nicht als gesetzliche Pflichtleistungen gelten, 90 Prozent der Kosten, höchstens 300 Franken pro Kalenderjahr. SWICA führt eine Liste der anerkannten Hilfsmittel.

ART. 14 NOTFALL-/VERLEGUNGSTRANSPORTE

SWICA bezahlt die Kosten für Notfalltransporte oder medizinisch notwendige Verlegungstransporte zum nächsten Arzt oder Spital nach den üblichen Tarifen, zusammen höchstens 90 Prozent bis 20000 Franken pro Kalenderjahr.

IV. KOSTENBETEILIGUNG

ART. 15 KOSTENBETEILIGUNG

Für die Leistungen gemäss Art. 4 und 5 dieser Bedingungen wird eine Kostenbeteiligung in der Höhe der gewählten Jahresfranchise der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhoben. Eine in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bereits erbrachte Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) wird angerechnet.

V. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

ART. 16 KOORDINATION MIT ANDEREN VERSICHERUNGEN

1. Die in diesen Bedingungen vorgesehenen Leistungen werden zusätzlich zu den Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und aus allenfalls bei SWICA bestehenden weiteren Zusatzversicherungen bezahlt.
2. Die prozentuale Kostenbeteiligung erfolgt in Ergänzung zu anderen Zusatzversicherungen und wird in jedem SWICA-Versicherungsprodukt separat berechnet.

ART. 17 LISTEN UND VERZEICHNISSE

Die in diesen Bedingungen erwähnten Listen und Verzeichnisse werden digital zur Verfügung gestellt und laufend aktualisiert und sind jederzeit abrufbar. Versicherungsnehmer erhalten beim SWICA-Kundendienst jederzeit Auszüge.

ART. 18 PRÄMIENTARIFMODELL

Das Produkt führt einen Abschlussaltertarif.

SPITALVERSICHERUNG HOSPITA.

I. ANWENDUNGSBEREICH

ART. 1 ZWECK

SWICA bezahlt aus der Spitalversicherung HOSPITA Mehr- und Zusatzleistungen bei stationärer Spitalbehandlung oder ambulanten operativen Eingriffen und Interventionen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

SWICA führt ein Spitalverzeichnis. Darin sind alle von SWICA anerkannten Spitäler nach Versicherungsstufen (siehe Art. 3) abgebildet. In Spitälern ohne Tarifvertrag mit SWICA gilt der von SWICA definierte Maximaltarif¹. Der Umfang der Beteiligung wird im Rahmen des Kostengut-sprache-Gesuchs geprüft.

Das in diesen Bedingungen erwähnte Spitalverzeichnis wird digital zur Verfügung gestellt und laufend aktualisiert und ist jederzeit abrufbar. Versicherungsnehmer erhalten beim SWICA-Kundendienst jederzeit Auszüge.

Ausserdem werden aus dieser Zusatzversicherung je nach gewählter Versicherungsstufe weitere Leistungen erbracht.

ART. 2 VERSICHERUNGSNEHMER

Jede Person mit gesetzlichem Wohnsitz in der Schweiz kann diese Versicherung beantragen.

II. VERSICHERUNGSUMFANG

ART. 3 WAHL DER VERSICHERUNGSSTUFEN

SWICA übernimmt die Kosten von Leistungen, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Es kann unter folgenden Versicherungsstufen ausgewählt werden:

- Stufe 1 HOSPITA ALLGEMEIN: Allgemeine Abteilung von SWICA-anerkannten Spitälern in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein. Diese Stufe kann mit einer Garantie abgeschlossen werden, welche eine Höherversicherung in der halbprivaten bzw. privaten Spitalabteilung ohne Gesundheitsprüfung ermöglicht.
- Stufe 2 HOSPITA HALBPRIVAT: Halbprivate Abteilung von SWICA-anerkannten Spitälern in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein (Listenspitäler und Vertragsspitäler) mit Tarifvertrag. In Spitälern ohne Tarifvertrag mit SWICA gilt der von SWICA definierte Maximaltarif (anerkannter Tarif).
- Stufe 3 HOSPITA HALBPRIVAT LISTE: Halbprivate Abteilung in Spitälern in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein gemäss Kennzeichnung im SWICA-Spitalverzeichnis
- Stufe 4 HOSPITA PRIVAT: Private Abteilung von SWICA-anerkannten Spitälern in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein (Listenspitäler und Vertragsspitäler) mit Tarifvertrag. In Spitälern ohne Tarifvertrag mit SWICA gilt der von SWICA definierte Maximaltarif (üblicher Privattarif).
- Stufe 5 HOSPITA PRIVAT LISTE: Private Abteilung in Spitälern in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein gemäss Kennzeichnung im SWICA-Spitalverzeichnis


¹ Der Maximaltarif bemisst sich maximal nach den Mittelwerten der Tarifverträge zwischen SWICA und vergleichbaren Spitälern oder dem zuletzt gültigen Tarif mit dem Spital, wobei der jeweils tiefere Wert der beiden Werte zur Anwendung gelangt. Der Maximaltarif wird für jede Spitalklasse separat berechnet.

Stufe 6 HOSPITA PRIVAT WELTWEIT: Private Abteilung in allen öffentlichen und privaten Spitälern in der ganzen Welt. Ohne vertragliche Vereinbarung gilt in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein der Maximaltarif (üblicher Privattarif).

Stufe 7 Versicherungsvariante HOSPITA COMFORTA Zweibettzimmer (Hotellerie) aller SWICA-anerkannten Spitäler in der Schweiz gemäss Kennzeichnung im SWICA-Spitalverzeichnis

Stufe 8 Versicherungsvariante HOSPITA COMFORTA Einbettzimmer (Hotellerie) aller SWICA-anerkannten Spitäler in der Schweiz gemäss Kennzeichnung im SWICA-Spitalverzeichnis

ART. 4 STUFENWECHSELGARANTIE

1. Der Abschluss der HOSPITA ALLGEMEIN inkl. Stufenwechselgarantie (= HOSPITA PLUS) ermöglicht, ohne Gesundheitsprüfung in die Versicherungsvariante HOSPITA HALBPRIVAT bzw. HOSPITA PRIVAT zu wechseln.
2. Die Stufenwechselgarantie kann als eine der zwei nachstehenden Varianten abgeschlossen werden:
 - a) Wechsel von HOSPITA ALLGEMEIN zu HOSPITA HALBPRIVAT (wahlweise Stufe 2 oder 3)
 - b) Wechsel von HOSPITA ALLGEMEIN zu HOSPITA PRIVAT (wahlweise Stufe 4 oder 5).
3. Eine HOSPITA PLUS kann bis zum Ende des Kalenderjahrs abgeschlossen werden, in dem der 18. Geburtstag erfolgt ist.
4. Der Einschluss der Stufenwechselgarantie HOSPITA PLUS bei HOSPITA ALLGEMEIN ist nach Bestehen einer Gesundheitsprüfung möglich.
5. Der Wechsel in die versicherte höhere Stufe ist bis zum Ende des Kalenderjahrs möglich, in dem der 40. Geburtstag erfolgt ist. Wird bis zu diesem Zeitpunkt die Wechselgarantie nicht beansprucht, verfällt sie.
6. Ein Wechsel kann auf den nächsten ersten Kalendertag eines Monats oder nach Vereinbarung erfolgen.
7.  Nach dem Wechsel in die versicherte höhere Stufe besteht auf allen Leistungen eine Karenzfrist von zwölf Monaten. Während dieser Zeit sind Behandlungen in der allgemeinen Abteilung versichert.

ART. 5 KOSTENBETEILIGUNGSVARIANTEN

1. Der Versicherungsnehmer kann für die Stufen 1 bis 6 besondere Kostenbeteiligungsmodelle mit einer Franchise pro Kalenderjahr wählen:
 - 1 000 Franken
 - 2 000 Franken
 - 5 000 Franken
2. Der HOSPITA-HALBPRIVAT-Versicherungsnehmer (Stufen 2 und 3) kann ausserdem Kostenbeteiligungsmodelle mit einem Selbstbehalt von 300 Franken pro Spitaltag bis zu einem Maximum von 6 000 Franken pro Kalenderjahr wählen.
3. Der HOSPITA-PRIVAT-Versicherungsnehmer (Stufen 4 und 5) kann ausserdem Kostenbeteiligungsmodelle mit einem Selbstbehalt von 300 Franken pro Spitaltag bis zu einem Maximum von 6 000 Franken pro Kalenderjahr bei Behandlung auf der halbprivaten Spitalabteilung und 400 Franken pro Spitaltag bis zu einem Maximum von 8 000 Franken pro Kalenderjahr bei Behandlungen auf der privaten Spitalabteilung wählen.
4. Die Prämie wird entsprechend dem gewählten Kostenbeteiligungsmodell reduziert. Eine in der Grundversicherung oder in einer anderen Zusatzversicherung von SWICA bereits erbrachte Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) wird bei der Bemessung der maximalen jährlichen Kostenbeteiligung dieser Zusatzversicherung angerechnet.
5. Der Wechsel zu einer tieferen Kostenbeteiligung kann jeweils unter Einhaltung einer dreimonatigen Änderungsfrist auf Beginn eines Kalenderjahrs beantragt werden. Nach einer Gesundheitsprüfung kann SWICA der Reduktion zustimmen oder Krankheiten sowie Unfallfolgen, die zum Zeitpunkt des Reduktionsantrags bestehen, von der Kostenbeteiligungsreduktion ausschliessen oder diesen ablehnen.
6. Bei Mutterschaft gilt bei einem Wechsel zu einer tieferen Kostenbeteiligung eine Karenzfrist von 360 Tagen.
7. Die Gesundheitsprüfung bei der Kostenbeteiligungsreduktion erfolgt auch bei gleichzeitiger Reduktion der Versicherungsstufe. Ausnahme: Bei der Reduktion auf HOSPITA ALLGEMEIN (Variante ohne Stufenwechselgarantie) erfolgt bei der Kostenbeteiligungsreduktion keine Gesundheitsprüfung.
8. Die Aufhebung der Kostenbeteiligung ist der Kostenbeteiligungsreduktion gleichgestellt.

ART. 6 ÄRZTLICHE ZWEITBEURTEILUNG

Mit der Versicherungsstufe 3 und 5 kann der Versicherungsnehmer vor empfohlenen operativen Eingriffen eine ärztliche Zweitbeurteilung («Second Opinion») von SWICA einholen.

III. LEISTUNGEN

ART. 7 LEISTUNGSANSPRUCH IM KRANKHEITSFALL (STATIONÄRE SPITALBEHANDLUNG)

1. SWICA bezahlt die Aufenthalts- und Behandlungskosten bei Spitalaufenthalten gemäss der gewählten Versicherungsstufe.
2. In der allgemeinen Abteilung (Stufe 1) werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten der SWICA-erkannten Spitäler bezahlt (gemäss Kennzeichnung im SWICA-Spitalverzeichnis). Die Deckung beschränkt sich auf nicht gedeckte Leistungen bei ausserkantonalen stationären Behandlungen, d.h., dass der den Referenztarif des Wohnkantons übersteigende Anteil gemäss OKP übernommen wird, sofern dieser nicht aufgrund medizinischer Begründung durch die OKP übernommen wird.
3. Voraussetzung für den Leistungsanspruch in den Stufen 2 und 4 ist, dass SWICA über eine vertragliche Vereinbarung (Tarifvertrag) für diese Leistung mit dem entsprechenden Leistungserbringer verfügt. Bei diesen Vertragstarifen werden die vollen Kosten für die erbrachte Leistung übernommen (gemäss Kennzeichnung im SWICA-Spitalverzeichnis). Ohne vertragliche Vereinbarung mit SWICA wird ein von SWICA definierter Maximaltarif oder gemäss Art. 9 Stufe 2 und 3 vergütet. Fordert der Leistungserbringer eine höhere Entschädigung als den von SWICA definierten Maximaltarif (anerkannter Tarif), trägt der Versicherungsnehmer die Differenz zwischen dem anerkannten Tarif und der Rechnung des Leistungserbringers.
4. In den Stufen 3 und 5 werden Leistungen für aufgeführte Spitäler gemäss Kennzeichnung im SWICA-Spitalverzeichnis erbracht. Ohne vertragliche Vereinbarung mit SWICA fehlt im SWICA-Spitalverzeichnis die entsprechende Kennzeichnung und es werden von SWICA keine Kosten übernommen.
5. In der Stufe 6 werden die vollen Spitalkosten im Ausland übernommen. Ohne vertragliche Vereinbarung mit einem Spital in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein kommt der von SWICA definierte Maximaltarif zur Anwendung. Fordert der Leistungserbringer eine höhere Entschädigung als den von SWICA definierten Maximaltarif (üblicher Privattarif), trägt der Versicherungsnehmer die Differenz zwischen dem anerkannten Tarif und der Rechnung des Leistungserbringers.

6. In der Versicherungsvariante COMFORTA Stufe 7 (Zweibettzimmer) und Stufe 8 (Einbettzimmer) werden die Aufenthalts- und Verpflegungskosten (Hotellerie) gemäss Vertrag zwischen SWICA und diesen Spitälern bezahlt. An die Behandlungs- und Diagnosekosten sowie Arzthonorare werden keine Leistungen vergütet.
Ohne vertragliche Vereinbarung mit SWICA fehlt im SWICA-Spitalverzeichnis die entsprechende Kennzeichnung und es werden von SWICA keine Kosten übernommen.
7. Die Mehrkosten medizinisch bedingter ausserkantonalen Behandlungen gehen nicht zulasten der Zusatzversicherung.
8. Bei Knochenmark- und Organtransplantationen richten sich die Leistungen nach dem von SWICA anerkannten Tarif.

ART. 8 LEISTUNGSDAUER

Sofern in diesen Bedingungen nichts anderes erwähnt ist, werden die Leistungen aus der HOSPITA während unbeschränkter Dauer ausgerichtet.

ART. 9 WAHL EINER ANDEREN SPITALABTEILUNG/ AUSLANDSBEHANDLUNGEN

1. Wahl einer anderen Spitalabteilung
Bei der Wahl einer höheren Spitalabteilung, die nicht der abgeschlossenen Versicherung entspricht, werden die Kosten in Ergänzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bezahlt.
Es gelten die folgenden Höchstbeträge:

Stufe 1	bis 50 Franken pro Tag an die Pensionskosten und bis 5000 Franken pro Kalenderjahr an die Behandlungskosten
Stufe 2 + 3	bis 100 Franken pro Tag an die Pensionskosten und bis 10000 Franken pro Kalenderjahr an die Behandlungskosten
Stufe 7	bis 100 Franken pro Tag an die Aufenthalts- und Verpflegungskosten

Von den vorgenannten Beträgen werden allfällige vom Versicherungsnehmer zu entrichtende Kostenbeteiligungen abgezogen.

2. Spitalbehandlung im Ausland
Bei Spitalaufenthalten im Ausland werden für stationäre Behandlungen sowie für ambulante Behandlungen gemäss Art. 10 Ziffer 2 in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung folgende Leistungen bezahlt:

Stufe 1	bis 50 Franken pro Tag an die Pensionskosten und bis 5 000 Franken pro Kalenderjahr an die Behandlungskosten
Stufe 2 + 3	bis 100 Franken pro Tag an die Pensionskosten und bis 10 000 Franken pro Kalenderjahr an die Behandlungskosten
Stufe 4 + 5	bis 150 Franken pro Tag an die Pensionskosten und bis 30 000 Franken pro Kalenderjahr an die Behandlungskosten
Stufe 6	volle Kostendeckung
Stufe 7	bis 100 Franken pro Tag an die Aufenthalts- und Verpflegungskosten
Stufe 8	bis 150 Franken pro Tag an die Aufenthalts- und Verpflegungskosten

Von den vorgenannten Beträgen werden allfällige vom Versicherungsnehmer zu entrichtende Kostenbeteiligungen abgezogen.

3. Kostenbeteiligung
Wählt ein Privat- oder Halbprivatversicherungsnehmer mit einer Kostenbeteiligungsvariante gemäss Art. 5 Abs. 2 und 3 die Behandlung in einer allgemeinen Abteilung, entfällt der Selbstbehalt in der Zusatzversicherung für die Behandlung auf der allgemeinen Abteilung. Wählt ein Privatversicherungsnehmer mit einer Kostenbeteiligungsvariante gemäss Art. 5 Abs. 3 die Behandlung in der halbprivaten Abteilung, reduziert sich der Selbstbehalt auf 300 Franken pro Tag bis zu einem Maximum von 6 000 Franken pro Jahr.
4. Maximale Leistung
Die Beträge unter Art. 9 Ziffer 1 und 2 können nicht kumuliert werden und stellen pro Stufe für sämtliche Leistungsbezüge einen Maximalbetrag dar.

ART. 10 AMBULANTE MEDIZINISCHE ZENTREN (SPITÄLER, TAGESKLINIKEN ODER AMBULATORIEN MIT ENTSPRECHENDER INFRASTRUKTUR)

1. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass SWICA über eine vertragliche Vereinbarung (Tarifvertrag) für diese Leistung mit dem entsprechenden Leistungserbringer bzw. Dienstleister verfügt. SWICA führt ein Verzeichnis der SWICA-anerkannten Leistungserbringer.
2. SWICA führt eine Liste von Eingriffen bzw. Interventionen, für die in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung Aufenthalts-, Behandlungs- und Nebenkosten, welche die gesetzlichen Pflichtleistungen übersteigen, bezahlt werden.

3. Für die die gesetzlichen Pflichtleistungen übersteigenden Kosten wird vom Versicherungsnehmer keine Kostenbeteiligung erhoben.

ART. 11 SPEZIAL- UND PSYCHIATRISCHE KLINIKEN

1. Für Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken oder in Spezialabteilungen für psychisch Erkrankte in SWICA-anerkannten Spitälern sowie in Spezialkliniken wie Rehabilitationskliniken, Mehrzwecksanatorien, Klimastationen und Schlafkliniken bzw. Schlafstationen werden in den Stufen 2 bis 5 zusätzlich zur Krankenpflegeversicherung folgende Beiträge ausgerichtet:
1.–180. Tag Kostenübernahme gemäss versicherter Spitalabteilung
ab 181. Tag Stufe 2 + 3 80 Franken pro Tag
Stufe 4 + 5 150 Franken pro Tag
In der HOSPITA Stufe 6 werden die Kosten betraglich unbegrenzt übernommen.
In der HOSPITA Stufe 1, 7 + 8 werden keine Leistungen ausgerichtet.
2. Diese Leistungen werden während maximal 720 innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen ausgerichtet.

ART. 12 MUTTERSCHAFT

1. Bei Mutterschaft bezahlt SWICA die gleichen Leistungen wie bei Krankheit. Ausserdem vergütet SWICA nach einer Niederkunft aus der Versicherung der Mutter auch die Aufenthalts- und Behandlungskosten des Kindes, sofern es bei SWICA versichert ist und so lange es sich mit der Mutter zusammen im Spital befindet.
2. Der Leistungsanspruch bei Mutterschaft beginnt 360 Tage nach Versicherungsbeginn.

ART. 13 BADEKUREN

1. Bei ärztlich verordneten und von SWICA vorgängig bewilligten Badekuren, die in einem anerkannten Schweizer Heilbad oder in besonderen Fällen auf Gesuch und mit vorausgegangener Bewilligung von SWICA im Ausland durchgeführt werden, bezahlt SWICA während längstens 30 Tagen pro Kalenderjahr folgende Beiträge an die Aufenthalts- und Behandlungskosten:
Stufe 1 30 Franken pro Tag
Stufe 2 + 3 60 Franken pro Tag
Stufe 4 + 5 80 Franken pro Tag
Stufe 6 100 Franken pro Tag
Aus den Stufen 7 + 8 werden keine Leistungen erbracht.

2. Voraussetzung für die Bezahlung der Kurbeiträge ist, dass sich der Versicherungsnehmer einer ärztlichen Ein- und Austrittsvisite und intensiven balneologischen und physiotherapeutischen Massnahmen unterzieht.
3. Die Kurverordnung ist SWICA mindestens 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

ART. 14 ERHOLUNGSaufENTHALTE

1. Bei ärztlich verordneten Erholungsaufenthalten, die medizinisch begründet und von SWICA im Voraus bewilligt sind und in einem Kurhaus gemäss SWICA-Liste durchgeführt werden, bezahlt SWICA während längstens 30 Tagen pro Kalenderjahr folgende Beiträge an die Aufenthaltskosten:

Stufe 1	15 Franken pro Tag
Stufe 2 + 3	30 Franken pro Tag
Stufe 4 + 5	40 Franken pro Tag
Stufe 6	50 Franken pro Tag

 Aus den Stufen 7 + 8 werden keine zusätzlichen Leistungen erbracht.
2. Die Kurverordnung ist SWICA mindestens 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

ART. 15 HAUSKRANKENPFLEGE

1. SWICA bezahlt für die Pflege zu Hause von Versicherungsnehmern mit eigenem Haushalt an die nachgewiesenen Kosten folgende Beiträge:

Stufe 1	30 Franken pro Tag
Stufe 2 + 3	60 Franken pro Tag
Stufe 4 + 5	80 Franken pro Tag
Stufe 6	100 Franken pro Tag

 Aus den Stufen 7 + 8 werden keine Leistungen erbracht.
2. Die Pflegebedürftigkeit des Versicherungsnehmers muss durch ein ärztliches Zeugnis ausgewiesen sein.
3. Die Beiträge werden auch an Familienangehörige oder Verwandte bezahlt, sofern ihnen durch die geleistete Hilfe ein nachweisbarer Verdienstaussfall entsteht.
4. Diese Leistungen werden während maximal 720 innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen bezahlt.

ART. 16 HAUSHALTHILFE

1. SWICA bezahlt an die ausgewiesenen Kosten für Haushalthilfen, die für Arbeiten im eigenen Haushalt des Versicherungsnehmers notwendig sind, während höchstens 60 Tagen pro Kalenderjahr folgende Beiträge:

Stufe 1	15 Franken pro Tag
Stufe 2 + 3	30 Franken pro Tag
Stufe 4 + 5	40 Franken pro Tag
Stufe 6	50 Franken pro Tag

 Aus den Stufen 7 + 8 werden keine Leistungen erbracht.

2. Die Notwendigkeit einer Haushalthilfe muss durch ein ärztliches Zeugnis ausgewiesen sein.
3. Die Beiträge werden auch an Familienangehörige oder Verwandte bezahlt, sofern ihnen durch die geleistete Hilfe ein nachweisbarer Verdienstaussfall entsteht.

ART. 17 KIEFERCHIRURGIE

1. Für kieferchirurgische Massnahmen übernimmt SWICA die nicht gedeckten Kosten gemäss Referenztarif des Wohnkantons des Versicherungsnehmers, höchstens 10000 Franken pro Kalenderjahr.
2. Bei ambulanten Behandlungen übernimmt SWICA die nicht gedeckten Kosten nach dem Tarif, der gemäss KVG vergütet wird, höchstens 10000 Franken pro Kalenderjahr.
3. Aus den Stufen 7 + 8 werden keine Leistungen erbracht.

ART. 18 NOTFALL-/VERLEGUNGSTRANSPORTE

- SWICA bezahlt bis 90 Prozent der effektiven Gesamtkosten (weitere Leistungsbeiträge sind anzurechnen) für Notfalltransporte oder medizinisch notwendige Verlegungstransporte zum nächsten Arzt oder Spital wie folgt:
- | | |
|-----------|-------------------------------|
| Stufe 1 | 5000 Franken pro Kalenderjahr |
| Stufe 2–6 | unbeschränkt |
- Aus den Stufen 7 + 8 werden keine Leistungen erbracht.

ART. 19 RÜCKFÜHRUNGS-, SUCH- UND BERGUNGSKOSTEN

1. SWICA bezahlt 90 Prozent der Rückführungskosten vom Ausland in die Schweiz sowie der Such- und Bergungskosten eines Versicherungsnehmers, pro Ereignis höchstens folgende Beiträge:

Stufe 1	5000 Franken
Stufe 2–6	20000 Franken

 Aus den Stufen 7 + 8 werden keine zusätzlichen Leistungen erbracht.
2. Voraussetzung für die oben aufgeführte Leistungsübernahme ist der Beizug der SWICA-Notrufzentrale.
3. Bei ohne Bewilligung von SWICA durchgeführten Aktionen kann SWICA die Leistungen kürzen oder verweigern.

IV. LISTEN UND VERZEICHNISSE

ART. 20 LISTEN UND VERZEICHNISSE

Die in diesen Bedingungen erwähnten Listen und Verzeichnisse werden digital zur Verfügung gestellt und laufend aktualisiert und sind jederzeit abrufbar. Versicherungsnehmer erhalten beim SWICA-Kundendienst jederzeit Auszüge.

V. PRÄMIEN

ART. 21 WAHL DES PRÄMIENTARIFMODELLS

Die Prämien werden jährlich von SWICA in einem Tarif festgesetzt. Massgebend ist der Tarif des gewählten Prämientarifmodells. Den Versicherungsnehmern der Zusatzversicherung HOSPITA stehen dabei folgende zwei Modelle zur Wahl frei:

1. Prämientarifmodell Abschlussalter
Wählt der Versicherungsnehmer den Abschlussaltertarif, so ist für die Prämienfestlegung sein Lebensalter zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses massgebend.
2. Prämientarifmodell Lebensalter
Wählt der Versicherungsnehmer den Lebensaltertarif, so wird seine Prämie jeweils regelmässig zu Beginn eines Kalenderjahrs an seine neue Lebensaltersgruppe angepasst.
3. Für Versicherungsnehmer, die zu einem besonderen Tarif für Kinder oder Jugendliche in die Versicherung aufgenommen wurden, wird für die Prämie ab Beginn des Versicherungsjahrs, das der Vollendung des 18. bzw. des 25. Lebensjahrs folgt, die nächsthöhere Tarifstufe berechnet. Wird vom Versicherungsnehmer nicht ausdrücklich die Einteilung in den Abschlussaltertarif verlangt, erfolgt automatisch die Einteilung in den Lebensaltertarif.
4. Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, bis zum vollendeten 50. Altersjahr ohne Rücksicht auf den Gesundheitszustand im Rahmen der bisherigen Versicherungsdeckung und unter Anrechnung der bisherigen Versicherungszeit vom Lebensaltertarif auf Beginn des nächsten Kalenderjahrs in den Abschlussaltertarif zu wechseln. Mit Vollendung des 50. Altersjahrs wird der Versicherungsnehmer nach diesen Regelungen automatisch umgeteilt.
5. Die Versicherungsnehmer können auf die automatische Umteilung vom Lebensaltertarif in den Abschlussaltertarif bis zur Vollendung des 50. Altersjahrs schriftlich verzichten und den Verbleib im Lebensaltertarif verlangen. Durch den Verzicht der Umteilung erlischt der Anspruch auf Anrechnung der bisherigen Versicherungszeit.

VI. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

ART. 22 KOORDINATION MIT ANDEREN VERSICHERUNGEN

1. Die in diesen Bedingungen vorgesehenen Leistungen werden nur in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und zur COMPLETA TOP von SWICA bezahlt.
2. Die prozentuale Kostenbeteiligung erfolgt in Ergänzung zu anderen Zusatzversicherungen und wird in jedem SWICA-Versicherungsprodukt separat berechnet.

ZAHNBEHANDLUNGSVERSICHERUNG DENTA.

I. ANWENDUNGSBEREICH

ART. 1 ZWECK

SWICA bezahlt aus der Zahnbehandlungsversicherung DENTA die Kosten für Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Zahnprophylaxe.

ART. 2 VERSICHERUNGSNEHMER

1. Jede Person mit gesetzlichem Wohnsitz in der Schweiz kann diese Versicherung beantragen.
2. Das Aufnahmeformular von SWICA muss von einem Zahnarzt ausgefüllt sein. Die Kosten der zahnärztlichen Untersuchung gehen zulasten des Antragstellers.

II. VERSICHERUNGSUMFANG

ART. 3 VERSICHERUNGSUMFANG

Die DENTA kann mit folgenden Varianten abgeschlossen werden:

- › **Leistungsstufe 1:** 50 Prozent des zahnärztlichen Honorars, höchstens 500 Franken innerhalb eines Kalenderjahrs
- › **Leistungsstufe 2:** 50 Prozent des zahnärztlichen Honorars, höchstens 1 000 Franken innerhalb eines Kalenderjahrs
- › **Leistungsstufe 3:** 75 Prozent des zahnärztlichen Honorars, höchstens 1 500 Franken innerhalb eines Kalenderjahrs
- › **Leistungsstufe 4:** 75 Prozent des zahnärztlichen Honorars, höchstens 2 000 Franken innerhalb eines Kalenderjahrs

Die prozentuale Kostenbeteiligung erfolgt in Ergänzung zu anderen Zusatzversicherungen und wird in jedem SWICA-Versicherungsprodukt separat berechnet.

III. LEISTUNGEN

ART. 4 LEISTUNGEN

1. SWICA bezahlt entsprechend der gewählten Versicherungsvariante die von einem diplomierten Zahnarzt ausgeführten zahnärztlichen Behandlungen.
2. Für Versicherungsnehmer, die das 25. Altersjahr noch nicht zurückgelegt haben, werden bei kieferorthopädischen Behandlungen die doppelten Beträge ausgerichtet.
3. Keine Leistungspflicht besteht für Zahnpflegemittel.
4. Für die Folgen von Unfällen, die sich vor Versicherungsbeginn ereignet haben, erbringt SWICA keine Leistungen.
5. Bei Versicherungsbeginn während des Kalenderjahrs wird der Leistungsanspruch (versicherter Maximalansatz) nach Anzahl der versicherten Monate pro rata berechnet.

ART. 5 MASSGEBENDER TARIF

SWICA bezahlt zahnärztliche Behandlungen, die nach wirtschaftlichen Grundsätzen ausgeführt worden sind. Honorarschuldner des Zahnarzts ist der Versicherungsnehmer.

ART. 6 LEISTUNGSAUSSCHLUSS

Für die zur Zeit des Versicherungsbeitritts fehlenden Zähne besteht kein Anspruch auf Leistungen bei nachträglichem Ersatz.

IV. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

ART. 7 ERGÄNZUNGSLEISTUNGEN

Die in diesen Bedingungen vorgesehenen Leistungen werden zusätzlich zu den Leistungen aus der Krankenpflegeversicherung und aus allenfalls bei SWICA bestehenden weiteren Zusatzversicherungen bezahlt.

ART. 8 PRÄMIENTARIFMODELL

Das Produkt führt einen Abschlussaltertarif.

UNFALLVERSICHERUNG INFORTUNA.

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB)

DURCHFÜHRUNG DER VERSICHERUNG

❗ SWICA Krankenversicherung AG, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur, nachfolgend SWICA genannt.

VERSICHERUNGSTRÄGER

SWICA Versicherungen AG, Römerstrasse 37, 8401 Winterthur, nachfolgend Versicherungsträger genannt.

I. ANWENDUNGSBEREICH

ART. 1 ZWECK

Diese Zusatzbedingungen regeln die Einzel-Unfallversicherung in Ergänzung zur Krankenversicherung (KVG), Unfallversicherung (UVG), Militärversicherung (MVG), Invalidenversicherung (IVG). Die AVB gelten als integrierender Bestandteil, soweit sie diesen Zusatzbedingungen nicht widersprechen.

II. WAHL DER VERSICHERUNGSVARIANTE

ART. 2 VERSICHERUNGSVARIANTEN

Der Versicherungsnehmer kann unter folgenden Versicherungsvarianten auswählen:

- Kapitalleistungen bei Unfall-Tod
- Kapitalleistungen bei Unfall-Invalidität
- Heilungskostenversicherung als Ergänzung zur Krankenversicherung (KVG), Unfallversicherung (UVG), Militärversicherung (MVG), Invalidenversicherung (IVG)

III. ABSCHLUSS DER VERSICHERUNG

ART. 3 ABSCHLUSS

Die Unfallversicherung kann bis zum Erreichen des AHV-Alters abgeschlossen werden. Die Versicherungserhöhung ist der Neuaufnahme gleichgestellt.

IV. KAPITALLEISTUNG BEI UNFALL-TOD UND UNFALL-INVALIDITÄT (UTI)

ART. 4 ❗ VERSICHERUNGSSUMMEN

1. Die Unfallversicherung INFORTUNA ist – mit Ausnahme der Heilungskosten, die eine Schadenversicherung ist – eine Summenversicherung. Es gelten die in der Police aufgeführten Versicherungssummen.
2. Nach vollendetem 70. Altersjahr gelten folgende Höchstversicherungssummen:
 - im Todesfall 50 000 Franken
 - im Invaliditätsfall 100 000 FrankenBestehende Versicherungen werden nach Erreichen dieser Altersgrenze entsprechend herabgesetzt.
3. Für Versicherungsnehmer, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 70. Altersjahr überschritten haben, entfällt die Progression in der Invaliditätsversicherung.
4. Das Todesfallkapital für Kinder bis zum 30. vollendeten Altersmonat ist auf 2 500 Franken und bis zum 12. vollendeten Altersjahr auf 20 000 Franken beschränkt.
5. Die Maximalgarantie des Versicherungsträgers für ein und dieselbe Person aus allen bei ihr laufenden Unfallversicherungen zusammen ist, soweit sie das Flugrisiko ohne besondere Prämien decken, für einen Flugunfall auf 500 000 Franken im Todesfall und 1 000 000 Franken im Ganzinvaliditätsfall (mit entsprechender Reduktion bei Teilinvalidität) beschränkt.

ART. 5 TODESFALL

1. Hat der Unfall sofort oder innert fünf Jahren vom Unfalltag an gerechnet erwiesenermassen den Tod des Versicherungsnehmers zur Folge, bezahlt der Versicherungsträger die für den Todesfall versicherte Summe an die nachstehend genannten Hinterlassenen, die darauf in folgender Reihenfolge und in folgendem Umfang Anspruch haben:
 - a) Das volle Todesfallkapital an den überlebenden Ehegatten, bei dessen Fehlen an die Kinder, bei deren Fehlen an die Eltern und bei deren Fehlen an die gesetzlichen Erben unter Ausschluss des Gemeinwesens. Ehegatten und Kinder aus einer erst nach dem Unfall geschlossenen Ehe haben keinen Anspruch.
 - b) Der Versicherungsnehmer kann durch schriftliche Mitteilung an SWICA, in Abänderung der hier erläuterten Regelung, Begünstigte bezeichnen bzw. Berechtigte ausschliessen. Eine solche Erklärung kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung an SWICA widerrufen oder abgeändert werden.
 - c) Sind keine anspruchsberechtigten Personen gemäss lit. a und b vorhanden, vergütet der Versicherungsträger die Kosten der Bestattung, höchstens jedoch zehn Prozent des Todesfallkapitals.
2. Ein gemäss Art. 6 ausbezahltes Invaliditätskapital wird an das Todesfallkapital angerechnet.

ART. 6 INVALIDITÄT

1. Hat der Unfall innert fünf Jahren vom Unfalltag an gerechnet eine voraussichtlich bleibende Invalidität eines Versicherungsnehmers zur Folge, so bezahlt der Versicherungsträger die für den Invaliditätsfall vereinbarte Versicherungssumme, und zwar bei Ganzinvalidität die volle Versicherungssumme, bei Teilinvalidität einen dem Grad der Letzteren entsprechenden Teil der Versicherungssumme.
2. Als Ganzinvalidität gelten der Verlust oder die Gebrauchsunfähigkeit beider Arme oder Hände, beider Beine oder Füsse, der gleichzeitige Verlust eines Armes oder einer Hand und eines Beines oder Fusses, gänzliche Lähmung sowie völlige Erblindung.

3. Bei Teilinvalidität wird derjenige Teil der für Ganzinvalidität vorgesehenen Versicherungssumme ausgerichtet, der dem Invaliditätsgrad entspricht. Die Taxierung erfolgt aufgrund nachfolgender Prozentsätze.

Verlust von:	Invaliditätsgrad:
› Oberarm	70%
› Unterarm	65%
› Hand	60%
› Daumen mit Mittelhandgelenk	25%
› Daumen, Mittelhandgelenk erhalten	22%
› vorderstes Glied des Daumens	10%
› Zeigefinger	15%
› Mittelfinger	10%
› Ringfinger	9%
› Kleinfinger	7%
› ein Bein am Oberschenkel	60%
› ein Bein am Unterschenkel	50%
› ein Fuss	45%
› eine Grossezehe	8%
› übrige Zehen je	3%
› Sehkraft eines Auges	30%
› Sehkraft des zweiten Auges für Einäugige	50%
› Gehör beider Ohren	60%
› Gehör eines Ohres	15%
› Gehör eines Ohres, wenn dasjenige des andern Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig verloren war	30%
› Niere	20%
› Geruchssinn	10%
› Geschmackssinn	10%
› sehr stark schmerzhaftes Funktionseinschränkung der Wirbelsäule	50%

Bei nur teilweisem Verlust oder bei Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Invaliditätsgrad. Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen erfolgt die Bestimmung des Invaliditätsgrads durch die ärztliche Feststellung aufgrund der Integritätsschadenssätze in Anhang 3 zur Verordnung über die Unfallversicherung UVV.

4. Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile infolge desselben Unfalls wird der Invaliditätsgrad in der Regel durch Addition der Prozentsätze ermittelt. Er kann aber nie mehr als 100 Prozent betragen. Bei Verlust sämtlicher Finger einer Hand wird höchstens das für den Verlust der entsprechenden Hand in Betracht kommende Invaliditätskapital geleistet.

5. Waren Körperteile schon vor dem Unfall ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, wird bei der Feststellung des Invaliditätsgrads der schon vorhandene, nach obigen Grundsätzen bestimmte Invaliditätsgrad abgezogen.
6. Die Invaliditäts-Kapitalversicherung gilt mit progressiven Versicherungssummen (Ausnahme Art. 4, Abs. 4): Progression 350 Prozent. Die Entschädigung bei einer Invalidität von mehr als 25 Prozent erhöht sich wie folgt.

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
➤ 26	28	➤ 51	105	➤ 76	230
➤ 27	31	➤ 52	110	➤ 77	235
➤ 28	34	➤ 53	115	➤ 78	240
➤ 29	37	➤ 54	120	➤ 79	245
➤ 30	40	➤ 55	125	➤ 80	250
➤ 31	43	➤ 56	130	➤ 81	255
➤ 32	46	➤ 57	135	➤ 82	260
➤ 33	49	➤ 58	140	➤ 83	265
➤ 34	52	➤ 59	145	➤ 84	270
➤ 35	55	➤ 60	150	➤ 85	275
➤ 36	58	➤ 61	155	➤ 86	280
➤ 37	61	➤ 62	160	➤ 87	285
➤ 38	64	➤ 63	165	➤ 88	290
➤ 39	67	➤ 64	170	➤ 89	295
➤ 40	70	➤ 65	175	➤ 90	300
➤ 41	73	➤ 66	180	➤ 91	305
➤ 42	76	➤ 67	185	➤ 92	310
➤ 43	79	➤ 68	190	➤ 93	315
➤ 44	82	➤ 69	195	➤ 94	320
➤ 45	85	➤ 70	200	➤ 95	325
➤ 46	88	➤ 71	205	➤ 96	330
➤ 47	91	➤ 72	210	➤ 97	335
➤ 48	94	➤ 73	215	➤ 98	340
➤ 49	97	➤ 74	220	➤ 99	345
➤ 50	100	➤ 75	225	➤ 100	350

7. Auf die Invaliditätsleistung hat der Versicherungsnehmer Anspruch.
8. Sofern als Folge eines Unfalls, für den der Versicherungsträger Leistungen erbracht hat, eine Berufsumschulung notwendig wird, übernimmt der Versicherungsträger die hierfür angemessenen Kosten, aber höchstens bis zum Betrag von zehn Prozent der versicherten Invaliditätssumme.

V. HEILUNGSKOSTEN

ART. 7 LEISTUNGEN

Die Versicherung deckt die nicht durch die Krankenversicherung (KVG), Unfallversicherung (UVG), Militärversicherung (MVG) oder Invalidenversicherung (IVG) versicherten Pflegeleistungen und Kostenvergütungen, nämlich:

- a) Die durch einen Arzt, Zahnarzt oder Chiropraktor mit eidgenössischem oder entsprechendem ausländischem Diplom durchgeführten bzw. angeordneten medizinischen Massnahmen.
- b) Bei Spitalaufenthalten übernimmt SWICA die Kosten der privaten Spitalabteilung nach von SWICA anerkanntem Tarif (Vertragstarif). Ohne vertragliche Vereinbarung mit einem Spital in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein kommt der von SWICA definierte Maximaltarif zur Anwendung. Fordert der Leistungserbringer eine höhere Entschädigung als den von SWICA definierten Maximaltarif (üblicher Privattarif), trägt der Versicherungsnehmer die Differenz zwischen dem anerkannten Tarif und der Rechnung des Leistungserbringers.
- c) Bezahlt werden die Kosten für SWICA-anerkannte komplementärmedizinische Methoden, sofern die Behandlung durch einen von SWICA anerkannten Arzt oder Therapeuten vorgenommen wird. SWICA führt eine Liste der anerkannten Methoden und ein Verzeichnis der anerkannten Ärzte und Therapeuten.
- d) Die Kosten von ärztlich verordneten, der Behandlung einer psychischen Erkrankung dienenden und von selbstständig tätigen Psychotherapeuten durchgeführten Psychotherapien. Der Psychotherapeut muss über eine eidgenössisch oder kantonale anerkannte Fachausbildung verfügen oder Mitglied der Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) sein.
- e) Ärztlich verordnete Hauspflege durch diplomiertes Pflegepersonal. Diesem gleichgestellt sind Pflegepersonen, die durch Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause beauftragt werden, sowie Haushalthilfen (ausgenommen Familienangehörige).
- f) Kosten für Rehabilitations- und Badekuren.
- g) Die medizinischen Heilbehandlungen im Ausland.
- h) Hilfsmittel, die körperliche Schädigungen oder Funktionsausfälle ausgleichen, in angemessener Ausführung.
- i) Schäden an Sachen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen; für Brillen, Hörapparate und Zahnprothesen besteht ein Ersatzanspruch nur, wenn eine behandlungsbedürftige Körperschädigung vorliegt.

- j) Medizinisch notwendige Reisen und Transporte, ferner notwendige Bergungsaktionen sowie Leichentransporte. Im Hinblick auf eine Bergung des Versicherungsnehmers unternommene Suchaktionen sind auf 20 000 Franken begrenzt.

ART. 8 SPITAL UND KURANSTALTEN

1. Als Spital gelten Anstalten oder Abteilungen von solchen, die der stationären Behandlung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienen, unter dauernder ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen.
2. Als Kuranstalten gelten Institutionen, die der Nachbehandlung oder Rehabilitation dienen, unter ärztlicher Leitung stehen, über das erforderliche fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal und über zweckentsprechende Einrichtungen verfügen.

ART. 9 KOSTENBETEILIGUNG

Von der Krankenversicherung oder der obligatorischen Unfallversicherung auferlegte Selbstbehalte, Franchisen und Gebühren sind nicht mitversichert.

VI. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

ART. 10 VERSICHERTE UNFÄLLE

1. Die Versicherung deckt alle Berufs- und Nichtberufsunfälle, die während der Vertragsdauer eingetreten sind.
2. Als Unfall gilt 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.
3. Folgende abschliessend aufgeführten Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung dem Unfall gleichgestellt:
 - a) Knochenbrüche;
 - b) Verrenkung von Gelenken;
 - c) Meniskusrisse;
 - d) Muskelrisse;
 - e) Muskelzerrungen;
 - f) Sehnenrisse;
 - g) Bandläsionen;
 - h) Trommelfellverletzungen.

ART. 11 AUSSCHLÜSSE UND LEISTUNGSKÜRZUNGEN

1. Von der Versicherung ausgeschlossen sind Unfälle gemäss Art. 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach VVG von SWICA.
2. SWICA bzw. der Versicherungsträger verzichten auf das ihnen gesetzlich zustehende Recht, die Leistungen bei grobfahrlässiger Herbeiführung des Unfalls zu kürzen.

ART. 12 ZUSAMMENTREFFEN DER UNFALLFOLGEN MIT KRANKHEITEN UND GEBRECHEN SOWIE FOLGEN FRÜHERER UNFÄLLE

Haben vorbestandene Krankheiten, Gebrechen sowie Folgen früherer Unfälle, die nicht erst durch den neuen Unfall hervorgerufen worden sind, die Unfallfolgen wesentlich verschlimmert, werden die Versicherungsleistungen verhältnismässig gekürzt. Diese Einschränkung gilt nicht für Heilungskosten. Die Kostenübernahme für Heilbehandlungen dauert an, bis kein unfallkausaler Gesundheitsschaden mehr nachweisbar ist.

ART. 13 RÄUMLICHE GELTUNG

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt.

ART. 14 SCHADENMELDUNG

1. Die Schadenmeldung hat unverzüglich, spätestens innert dreissig Tagen nach Kenntnis des Schadens, zu erfolgen.
2. Die Leistung kann um den Betrag gekürzt werden, um den sich die Leistung bei rechtzeitiger Mitteilung gemindert hätte, wenn die Mitteilung schuldhaft zu spät oder gar nicht erfolgt.
3. Alle Schadenmeldungen des Versicherungsnehmers sind an SWICA zu richten. Die Kontaktangaben sind auf der Versicherungspolice zu finden.

ART. 15 LISTEN

Die in diesen Bedingungen erwähnten Listen und Verzeichnisse werden digital zur Verfügung gestellt und laufend aktualisiert und sind jederzeit abrufbar. Versicherungsnehmer erhalten beim SWICA-Kundendienst jederzeit Auszüge.

ART. 16 PRÄMIENTARIFMODELL

Dieses Produkt führt einen Lebensaltertarif.

TAGGELDVERSICHERUNG SALARIA NACH VVG.

I. ALLGEMEINE VERTRAGSGRUNDLAGEN

ART. 1 WELCHES SIND DIE GRUNDLAGEN DES VORLIEGENDEN VERTRAGS?

Die Grundlagen des vorliegenden Vertrags bilden:

1. Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die allfälligen Zusatzbedingungen sowie die Bestimmungen in Police und allfälligen Nachträgen;
2. Das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 für Sachverhalte, die in den unter Abs. 1 genannten Grundlagen nicht geregelt sind. Sollten die nachstehenden Bestimmungen im Widerspruch zu den zwingenden Vorgaben nach VVG stehen, gehen Letztere vor;
3. Alle schriftlich vorliegenden vertraglichen Vereinbarungen zwischen SWICA und dem Versicherungsnehmer.

II. UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

ART. 2 WORIN BESTEHT DER VERSICHERUNGSSCHUTZ?

1. SWICA gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Geburt im Rahmen der vereinbarten Leistungen. Sie bezahlt den Versicherungsnehmern den entstandenen und nachgewiesenen Lohn- und Erwerbsausfall bis maximal zur Höhe des versicherten Taggelds.
2. Für Hausfrauen und Hausmänner ist der Nachweis eines Lohn- und Erwerbsausfalls bis zum versicherten Betrag von 40 Franken nicht Voraussetzung für die Leistungspflicht von SWICA.
3. Die Krankentaggeldversicherung ist eine Schadenversicherung.

ART. 3 WAS BEZEICHNEN WIR ALS KRANKHEIT?

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

ART. 4 WER IST VERSICHERT?

Alle Personen, die in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein Wohnsitz haben und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt haben, können im Rahmen ihrer Erwerbsfähigkeit die Taggeldversicherung abschliessen.

ART. 5 WO GILT DIE VERSICHERUNG?

1. Die Versicherung ist auf die Schweiz und das Fürstentum Liechtenstein beschränkt.
2. Versicherungsnehmer, die im Ausland erkranken, haben Anspruch auf Leistungen während zehn Tagen. Vorbehalten sind Spitalaufenthalte, solange sie aus medizinischen Gründen notwendig sind.
3. Begibt sich ein arbeitsunfähiger Versicherungsnehmer ohne unsere Zustimmung ins Ausland, besteht während der Zeit des Auslandsaufenthaltes kein Anspruch auf Leistungen.
4. Für Grenzgänger gelten die Einschränkungen gemäss Abs. 1–3 nur, wenn sie sich ausserhalb des Grenzgebiets aufhalten.

ART. 6 WAS GESCHIEHT BEI GROBFAHRLÄSSIGER HERBEIFÜHRUNG EINER KRANKHEIT?

SWICA verzichtet auf das ihr nach Gesetz zustehende Recht, die Versicherungsleistungen zu kürzen, wenn der Versicherungsnehmer die Krankheit grobfahrlässig herbeiführt hat.

ART. 7 ! IN WELCHEN FÄLLEN BESTEHT KEIN VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Kein Anspruch auf Leistungen besteht bei:

- a) Krankheiten, die durch die gesetzliche Unfallversicherung (UVG) entschädigt werden.
- b) Gesundheitsschädigungen infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Nuklearenergie. Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlung wegen einer versicherten Krankheit sind jedoch versichert.
- c) Krankheiten infolge von kriegerischen Vorfällen oder Terrorakten. Wird der Versicherungsnehmer ausserhalb der Schweiz vom Ausbruch solcher Vorfälle überrascht, erlischt der Versicherungsschutz jedoch erst 14 Tage nach deren erstmaligem Auftreten.

III. VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

ART. 8 ! WANN BESTEHT ANSPRUCH AUF TAGGELDLEISTUNGEN?

1. Ist der Versicherungsnehmer nach ärztlicher Feststellung arbeitsunfähig, bezahlt SWICA bei voller Arbeitsunfähigkeit das versicherte Taggeld entsprechend dem entstandenen und nachgewiesenen Lohnausfall.
2. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.
3. Nach jeder Geburt ruht die Leistungspflicht während acht Wochen. Vorbehalten bleibt die Versicherung eines Geburtengelds.

ART. 9 WAS BEZEICHNEN WIR ALS ARBEITSUNFÄHIGKEIT?

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Nach drei Monaten Arbeitsunfähigkeit wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

ART. 10 ! WIE WIRD DIE WARTEFRIST BERECHNET UND WAS GILT ALS RÜCKFALL?

1. Die Wartefrist beginnt mit dem ersten Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent, frühestens aber drei Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Sie ist für jeden neuen Krankheitsfall zu bestehen. Die Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent zählen für die Berechnung der Wartefrist als ganze Tage.
2. Als neuer Krankheitsfall hinsichtlich Wartefrist und Leistungsdauer gilt:
 - das erneute Auftreten einer Krankheit (Rückfall), wenn der Versicherungsnehmer ihretwegen während zwölf Monaten nicht arbeitsunfähig war;
 - eine neue Krankheit, wenn der Versicherungsnehmer die Arbeit nach einer Arbeitsunfähigkeit während mindestens zwei Monaten vollständig wieder aufgenommen hat.

ART. 11 ! WIE LANGE WIRD DAS TAGGELD AUSGERICHTET?

1. Das Taggeld wird unter Anrechnung einer allfällig vereinbarten Wartefrist während 720 Tagen innerhalb 900 aufeinander folgenden Tagen ausbezahlt. Bei Übertritt von der Kollektiv- in die Einzeltaggeldversicherung werden bereits bezogene Leistungen angerechnet.
2. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent zählen für die Bemessung der Leistungsdauer voll.
3. Tritt während eines Krankheitsfalls ein zusätzlicher Krankheitsfall ein, werden die anspruchsberechtigten Tage des ersten Falls an die Leistungsdauer angerechnet.
4. Vom AHV-Rentenalter an wird das Taggeld noch während maximal 180 Tagen für alle laufenden und künftigen Versicherungsfälle ausgerichtet, längstens jedoch bis zum vollendeten 70. Altersjahr. Besteht zum Zeitpunkt des Erreichens des AHV-Rentenalters eine Arbeitsunfähigkeit, so erlischt der Leistungsanspruch, ausser der Versicherungsnehmer weist nach, dass das Arbeitsverhältnis bei bestehender Arbeitsfähigkeit angedauert hätte.
5. Nach Erlöschen des Versicherungsschutzes entfällt die Leistungspflicht (vorbehalten bleiben bei Aufhebung des Vertrags periodische Leistungsverpflichtungen im Sinne von Art. 35c VVG).

ART. 12 WANN BESTEHT ANSPRUCH AUF GEBURTENGELD?

1. Ein mitversichertes Geburtengeld wird während 56 Tagen für jede erfolgte Geburt bezahlt. Eine allfällig vereinbarte Wartefrist wird nicht an die Leistungsdauer angerechnet.
2. Besteht die Geburtengeldversicherung für die Mutter im Zeitpunkt der Geburt weniger als 270 Kalendertage, wird kein Geburtengeld ausgerichtet.
3. Leistungen einer gesetzlichen Sozialversicherung werden an die Leistungen von SWICA aus einer Geburtengeldversicherung angerechnet. Für die Dauer, während der ein Versicherungsnehmer Leistungen aus einer Geburtengeldversicherung von SWICA oder einer gesetzlichen Sozialversicherung bezieht, ruht die Leistungspflicht von SWICA aus der Krankentaggeldversicherung.
4. Das Geburtengeld wird nicht an die Leistungsdauer gemäss Art. 11, Abs. 1 angerechnet.

ART. 13 ARBEITSLOSIGKEIT

1. Gilt der Versicherungsnehmer als Arbeitsloser im Sinne von Art. 10 AVIG (Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenterschädigung), richtet SWICA die Leistungen bis zur Höhe der entgangenen Arbeitslosenentschädigung wie folgt aus:
 - a) bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25 Prozent das halbe Taggeld;
 - b) bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 Prozent das volle Taggeld.
2. Arbeitslose Versicherungsnehmer haben das Recht, ihre bisherige Taggeldversicherung gegen Prämienanpassung vorbehaltlos in eine solche gleicher Höhe mit einer Wartefrist von 30 Tagen umzuwandeln.

IV. BEGINN UND DAUER DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

ART. 14 BEGINN DER VERSICHERUNG

Die Versicherung beginnt, sobald SWICA den Versicherungsausweis ausgehändigt oder die Annahme des Antrags erklärt hat, frühestens jedoch am vereinbarten und im Versicherungsausweis bezeichneten Tag.

ART. 15 WIDERRUFSRECHT

1. Der Antragsteller kann seinen Antrag zum Abschluss des Vertrags oder die Erklärung zu dessen Annahme schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, bei SWICA (gemäss Kontaktangaben auf der Versicherungspolice) widerrufen.
2. Die Widerrufsfrist beträgt 14 Tage und beginnt, sobald der Versicherungsnehmer den Vertrag beantragt oder angenommen hat.
3. Die Frist ist eingehalten, wenn der Versicherungsnehmer am letzten Tag der Widerrufsfrist seinen Widerruf SWICA mitteilt oder seine Widerrufserklärung der Post übergibt. Ausgeschlossen ist das Widerrufsrecht bei kollektiven Personenversicherungen, vorläufigen Deckungszusagen und Vereinbarungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.
4. Der Widerruf bewirkt, dass der Antrag zum Vertragsabschluss oder die Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers von Anfang an unwirksam ist. Bereits empfangene Leistungen müssen zurückerstattet werden.

ART. 16 ! DECKUNGSAUSSCHLUSS/ABLEHNUNG

1. Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen oder bestanden haben, können ausgeschlossen werden (Deckungsausschluss). Sind bei der Aufnahme Krankheiten verheimlicht worden, so kann der Deckungsausschluss nachträglich rückwirkend angebracht werden. SWICA kann einen Vertragsabschluss ohne Begründung ablehnen.
2. Für Krankheiten, für welche ein Deckungsausschluss besteht, entsteht kein Anspruch auf Leistungen. Dasselbe gilt für Krankheiten, welche bei der Aufnahme verheimlicht worden sind.
3. Bei jeder Neu- oder Höherversicherung kann SWICA eine ärztliche Untersuchung verlangen. Mit Unterzeichnung des Antrags wird SWICA ermächtigt, bei Amtsstellen, Ärzten und Dritten die notwendigen Erkundigungen einzuziehen.

4. Werden beim Antrag erhebliche Punkte, welche die anzeigepflichtige Person kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so kann SWICA innert vier Wochen nach Kenntnisnahme der Anzeigepflichtverletzung den Vertrag schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, kündigen sowie sämtliche seit Vertragsbeginn mit der Anzeigepflichtverletzung zusammenhängende Leistungen zurückfordern. Der Vertrag endet, sobald der Versicherungsnehmer die Kündigung erhalten hat.
5. Bei Höherversicherungen gelten die gleichen Bestimmungen wie für Neuaufnahmen.

ART. 17 WANN KANN DIE VERSICHERUNG GEÄNDERT WERDEN?

Eine Herabsetzung der Versicherungsdeckung kann jeweils auf Ende eines Monats erfolgen. Während eines Leistungsbezugs kann die Herabsetzung des versicherten Taggelds nur in gegenseitigem Einverständnis erfolgen.

ART. 18 ! WANN ERLISCHT DIE VERSICHERUNG?

1. Die Taggeldversicherung ist auf das Ende eines Kalenderjahrs durch den Versicherungsnehmer ordentlich kündbar. Es ist eine dreimonatige Kündigungsfrist einzuhalten. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Frist bis 17 Uhr im Empfangsbereich von SWICA eingetroffen ist (das Datum des Poststempels ist nicht massgebend). SWICA steht dieses ordentliche Kündigungsrecht gemäss VVG nicht zu.
2. Die Taggeldversicherung kann nach einer Arbeitsunfähigkeit, für welche SWICA eine Leistung erbringt, durch den Versicherungsnehmer gekündigt werden. Spätestens 14 Tage nach Erhalt der Leistung kann der Versicherungsnehmer den entsprechenden Teil des Vertrags kündigen. Die Deckung erlischt 14 Tage nach dem Eintreffen der Mitteilung bei SWICA. SWICA steht dieses ordentliche Kündigungsrecht gemäss VVG nicht zu.
3. Auch ohne Kündigung erlischt die Versicherung, nachdem der Versicherungsnehmer seit drei Monaten seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort im Ausland hat. Grenzgänger können so lange versichert bleiben, als sie Arbeitslosenentschädigung beziehen und bei Arbeitsunfähigkeit einen nachweisbaren Erwerbsausfall erleiden.

4. Die Taggeldversicherung erlischt ausserdem
 - a) mit der Aussteuerung bei der Arbeitslosenversicherung;
 - b) mit Erreichen des AHV-Alters. Vorbehalten bleibt eine weiter dauernde Berufstätigkeit und eine vollständige Arbeitsfähigkeit, welche im Krankheitsfall einen nachweisbaren Erwerbsausfall nach sich zieht. Die Taggeldversicherung erlischt endgültig, wenn ein solcher Versicherungsnehmer nach dem Erreichen des AHV-Alters das versicherte Taggeld während 180 Tagen bezogen hat;
 - c) durch Tod;
 - d) bei Erschöpfung der Genussberechtigung.

ART. 19 WAS GESCHIEHT NACH AUFLÖSUNG DER VERSICHERUNG?

1. Folgen von Krankheiten sowie Spätfolgen und Rückfälle, die nach Erlöschen der Versicherung eintreten, sind nicht versichert.
2. ! Grundsätzlich endet der Leistungsanspruch mit der Auflösung des Vertrags (vorbehältlich periodische Leistungsverpflichtungen im Sinne von Art. 35c VVG).

V. OBLIEGENHEITEN BEI EINEM KRANKHEITSFALL

ART. 20 FRIST FÜR ANMELDUNG DER KRANKHEIT (SCHADENANZEIGE)

1. Die Ansprüche auf Taggeldleistungen sind innert fünf Tagen nach Ablauf der Wartefrist einzureichen. Ist jedoch eine Wartefrist von 30 Tagen oder länger vereinbart, hat die Anzeige spätestens nach dem Ablauf von 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit zu erfolgen. Mit der Anzeige ist ein Arztzeugnis einzureichen. Die entsprechenden Kosten gehen zulasten des Versicherungsnehmers.
2. Die Leistung kann um den Betrag gekürzt werden, um den sich die Leistung bei rechtzeitiger Anmeldung gemindert hätte, wenn die Anmeldung schuldhaft zu spät oder gar nicht erfolgt, ausser es wird bewiesen, dass die ausgebliebene oder verspätete Anmeldung den Umständen nach als eine unverschuldete anzusehen ist, oder der Versicherungsnehmer weist nach, dass die ausgebliebene oder verspätete Anmeldung keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und auf den Umfang der von SWICA geschuldeten Leistungen gehabt hat.
3. Dauert die Krankheit länger als einen Monat, benötigt SWICA monatlich ein Zeugnis über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit. SWICA zahlt das Taggeld in diesem Fall monatlich aus.

ART. 21 PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Der Versicherungsnehmer unternimmt alles, was der Abklärung der Krankheit und ihrer Folgen dienen kann. Im Sinne der Schadenminderungspflicht unterlässt der Versicherungsnehmer alles, was mit der Arbeitsunfähigkeit bzw. mit dem Bezug von Taggeldern nicht zu vereinbaren ist und den Heilungsverlauf verzögert. Die Ärzte, welche den Versicherungsnehmer behandeln oder behandelt haben, sind von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber SWICA zu entbinden.

ART. 22 BEIZUG EINES ZUGELASSENEN ARZTS

1. Nach Beginn der Krankheit zieht der Versicherungsnehmer so bald wie möglich einen zugelassenen Arzt bei und sorgt für fachgemässe Behandlung. Der Versicherungsnehmer leistet den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals Folge.
2. SWICA kann eine Untersuchung durch einen von ihr bestimmten Arzt verlangen. In diesem Fall übernimmt SWICA die Fahrtkosten des günstigsten öffentlichen Verkehrsmittels sowie andere mögliche Auslagen gemäss den Richtlinien der SUVA.
3. SWICA ist berechtigt, Patientenbesuche durchzuführen sowie zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse zu verlangen.
4. Entzieht oder widersetzt sich ein Versicherungsnehmer einer zumutbaren Behandlung oder einer Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden.

ART. 23 SCHADENMINDERUNGSPFLICHT

1. Ein in seinem angestammten Beruf arbeitsunfähiger Versicherungsnehmer ist gehalten, innert drei Monaten Arbeit in einem anderen Erwerbszweig zu suchen oder sich bei der Invaliden- oder Arbeitslosenversicherung anzumelden.
2. Wird die Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, so erfolgt die Taggeldberechnung unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht des Versicherungsnehmers.
3. Unterbleibt die Anmeldung bei der Arbeitslosen- bzw. der Invalidenversicherung, so ist SWICA berechtigt, die Taggelderleistungen einzustellen. Allfällige Leistungen werden unter Berücksichtigung der von diesen Versicherungen mutmasslich zu erbringenden Leistungen berechnet.

ART. 24 WAS GESCHIEHT, WENN DER VERSICHERUNGSNEHMER AUCH ANSPRUCH AUF LEISTUNGEN VON DRITTEN HAT?

1. Stehen dem Versicherungsnehmer auch Leistungen von staatlichen oder betrieblichen Versicherungen zu oder hat ein haftpflichtiger Dritter solche erbracht, ergänzt SWICA diese Leistungen bis zur Höhe des versicherten Taggelds.
2. Steht der Rentenanspruch der IV noch nicht fest, so kann SWICA das versicherte Taggeld freiwillig bevorschussen. In diesem Fall fordert SWICA die zu viel erbrachten Leistungen ab Beginn des Rentenanspruchs zurück. Die allfällige Bevorschussung erfolgt unter dem ausdrücklichen Vorbehalt der Verrechnung mit der eidgenössischen IV. Die Verrechnung erfolgt im Umfang der für die gleiche Zeit zugesprochenen IV-Rente und kann ohne zusätzliche Vollmacht des Versicherungsnehmers erfolgen.
3. SWICA erbringt im Rahmen von freiwilligen Vorleistungen an Stelle eines haftpflichtigen Dritten Taggeldzahlungen zur Deckung des Erwerbsausfalls nur gegen schriftliche Abtretung der Ansprüche des Versicherungsnehmers oder Anspruchsberechtigten im Umfang ihrer Leistungen.
4. Bestehen zur Deckung des Verdienstauffalls mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften, wird der versicherte Verdienstaufall aus diesem Vertrag lediglich im Verhältnis zu den von allen beteiligten Versicherern zusammen garantierten Leistungen gedeckt.
5. Schliesst der Versicherungsnehmer ohne vorherige Zustimmung von SWICA einen Vergleich mit Dritten ab, so entfällt ihre Leistungspflicht.
6. SWICA ist nicht leistungspflichtig, wenn der Versicherungsnehmer seine Forderung gegenüber einem Dritten nicht rechtzeitig geltend macht oder sich nicht um ihren Eingang bemüht.
7. Der Versicherungsnehmer hat SWICA über Art und Ausmass sämtlicher Leistungen Dritter unverzüglich zu informieren.

ART. 25 FOLGEN BEI NICHTBEACHTUNG DER OBLIEGENHEITEN BEI EINER KRANKHEIT

Bei Nichtbeachtung der Obliegenheiten nach Art. 20–24 ist SWICA befugt, ihre Leistungen zu kürzen oder zu verweigern, ausser es wird bewiesen, dass das auf die Folgen der Krankheit und deren Feststellung keinen Einfluss ausgeübt hat oder nicht schuldhaft war.

VI. PRÄMIE

ART. 26 WANN WERDEN DIE PRÄMIEN FÄLLIG?

Die Prämien werden jeweils am ersten Montag einer Zahlungsperiode in Schweizer Franken fällig.

ART. 27 VERSPÄTETE ZAHLUNG

1. Trifft die Prämie innerhalb eines Monats nach Fälligkeit nicht ein, fordert SWICA mittels Mahnung auf, innert 14 Tagen nach deren Absendung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.
2. SWICA ist befugt, von säumigen Versicherungsnehmern verursachte Spesen wie Kosten für Mahnungen, Beteiligungen und Verzugszinsen usw. zurückzufordern oder mit Vergütungsansprüchen zu verrechnen.

VII. ZUSÄTZLICHE BESTIMMUNGEN

ART. 28 UNFALLVERSICHERUNG

1. Sofern ein Unfall-Taggeld vereinbart wurde, gewährt SWICA in Ergänzung zu Art. 2 dieser AVB auch Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen, unfallähnlichen Körperschädigungen und Berufskrankheiten.
2. Versichert sind Berufsunfälle, unfallähnliche Körperschädigungen, Berufskrankheiten und Nichtberufsunfälle, die sich während der Vertragsdauer dieser Zusatzversicherung ereignen bzw. verursacht werden. Es gelten die für die gesetzliche Unfallversicherung (UVG) massgebenden Begriffe für Unfälle, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten.
3. Hat der Versicherungsnehmer den Unfall bei der Ausübung eines Vergehens oder Verbrechens verursacht, wird das versicherte Taggeld gemäss UVG-Praxis gekürzt.
4. Kein Anspruch auf die versicherten Leistungen besteht für Unfälle:
 - a) welche der Versicherungsnehmer absichtlich herbeigeführt hat;
 - b) infolge von Erdbeben in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein;
 - c) infolge von kriegerischen Ereignissen in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
 - d) infolge von kriegerischen Ereignissen im Ausland. Bricht jedoch ein Krieg erstmalig aus und wird der Versicherungsnehmer in dem Land, in welchem er sich aufhält, davon überrascht, bleibt der Versicherungsschutz noch während 14 Tagen, vom Kriegsausbruch an gerechnet, in Kraft;
 - e) im ausländischen Militärdienst;

- f) infolge Begehung von Verbrechen durch den Versicherungsnehmer oder des Versuchs dazu;
 - g) infolge von Unruhen aller Art und der dagegen ergriffenen Massnahmen, es sei denn, der Versicherungsnehmer beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
 - h) bei Teilnahme an Motorfahrzeugrennen oder Rallies einschliesslich Trainingsfahrten;
 - i) für Gesundheitsschädigungen durch Einwirkung ionisierender Strahlen oder Schäden aus Nuklearenergie. Versichert sind jedoch Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlungen wegen eines versicherten Unfalls. Gesundheitsschädigungen infolge Strahleneinwirkung im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit sind ebenfalls mitversichert, sofern sie eine Leistungspflicht gemäss UVG begründen würden.
5. Im Übrigen gelten die Bestimmungen dieser AVB und des Vertrags sinngemäss.

ART. 29 ERFÜLLUNGORT UND GERICHTSSTAND

1. Die Verpflichtungen aus diesem Vertrag sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, uns ein schweizerisches Bank- oder Postkonto als Zahlungsadresse zu nennen.
2. Als Gerichtsstand stehen dem Versicherungsnehmer wahlweise der ordentliche Gerichtsstand und ihr schweizerischer oder liechtensteinischer Wohnsitz zur Verfügung.

ART. 30 QUELLENSTEUER

Für Versicherungsnehmer, die der Quellensteuer unterliegen, wird die Steuer von den Leistungen abgezogen.

ART. 31 VERRECHNUNG UND RÜCKFORDERUNG

Irrtümlich erbrachte Taggelder sind vom Versicherungsnehmer auf schriftliche Aufforderung hin zurückzuerstatten. Zugunsten von SWICA besteht ein Verrechnungsrecht. Dem Versicherungsnehmer steht kein Verrechnungsrecht zu.

ART. 32 VERBOT DER ABTRETUNG UND VERPFÄNDUNG

Forderungen gegenüber SWICA dürfen weder abgetreten noch verpfändet werden. Abtretungen oder Verpfändungen derartiger Forderungen können gegenüber SWICA nicht durchgesetzt werden.

ART. 33 AN WEN SIND MITTEILUNGEN UND MELDUNGEN ZU RICHTEN?

1. Alle Mitteilungen und Meldungen (inkl. Schadenanzeigen) des Versicherungsnehmers oder der versicherten oder anspruchsberechtigten Person sind an SWICA zu richten. Die Kontaktangaben sind auf der Versicherungspolice zu finden.
2. Alle Mitteilungen und Meldungen (inkl. Schadenanzeigen) seitens SWICA bzw. des Versicherungsträgers erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer oder von der versicherten oder anspruchsberechtigten Person zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz oder den angegebenen elektronischen Kontakt.
3. Sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffende Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (z.B. Änderung des gesetzlichen Vertreters/Prämienzahlers, Wohnsitzwechsel, Änderung des Geschlechts etc.) muss der Versicherungsnehmer SWICA umgehend schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, mitteilen.

ART. 34 PRÄMIENTARIFMODELL

Dieses Produkt führt einen Abschlussaltertarif.

GLOSSAR.

Dieses Glossar definiert gewisse in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Zusatzbedingungen (ZB) nach VVG verwendete Begriffe und dient als Auslegungshilfe. Es bildet keinen integralen Bestandteil der AVB oder ZB.

Anzeigepflichtverletzung

Eine Anzeigepflichtverletzung liegt vor, wenn beim Abschluss eines Zusatzversicherungsvertrags Gesundheitsfragen nicht wahr oder nicht vollständig beantwortet wurden. Das heisst, wenn die zur Beurteilung des Risikos erheblichen Tatsachen, die der Versicherungsnehmer kannte oder hätte kennen müssen, nicht deklariert wurden.

Deckungsausschluss

Ausschluss eines bestehenden Leidens aus einem oder mehreren Versicherungszweigen auf bestimmte oder unbegrenzte Zeit.

Franchise

Die Franchise ist ein Fixbeitrag, den der Versicherungsnehmer pro Kalenderjahr an die Behandlungskosten leistet.

Grundversicherung

Die Grundversicherung (auch obligatorische Krankenpflegeversicherung oder OKP genannt) ist die für alle in der Schweiz wohnhaften Personen von Gesetzes wegen obligatorische Krankenpflegeversicherung.

Kieferchirurgie

Kieferchirurgische Behandlungen beinhalten Eingriffe nach abgeschlossenem Körper- und Kieferwachstum, wo eine schwere Kieferfehlstellung vorhanden ist bzw. das Missverhältnis von Ober- und Unterkiefer nicht mit einfachen Massnahmen behoben werden kann.

Nicht unter den Begriff Kieferchirurgie fällt das Setzen von Implantaten und der allenfalls notwendige Sinuslift (den knöchernen Boden der Kieferhöhle verdicken). Hierbei handelt es sich um einen unmittelbaren Zahnersatz, welcher als zahnärztliche Behandlung gilt.

Kollektivversicherungsvertrag

Ein Versicherungsvertrag, der mit einem Versicherungsnehmer geschlossen wird, unter dem eine Vielzahl von Personen (sog. versicherte Personen), die nicht Vertragsnehmer sind, mitversichert sind.

Komplementärmedizin

Zur Komplementärmedizin gehören sämtliche Therapieformen, welche nicht in den Bereich der Schulmedizin fallen. SWICA führt ein Verzeichnis der anerkannten Therapeuten. Versicherungsnehmer erhalten beim SWICA-Kundendienst jederzeit Auszüge nach individuellen Wünschen (z.B. Therapeuten einer bestimmten Fachrichtung und in einer bestimmten Region). Das Verzeichnis wird digital zur Verfügung gestellt und laufend aktualisiert und ist jederzeit abrufbar. Versicherungsnehmer erhalten beim SWICA-Kundendienst jederzeit Auszüge.

Kostenbeteiligung

Wenn der Versicherungsnehmer medizinische Leistungen (wie zum Beispiel Arztbesuche, Medikamente, Therapeuten) in Anspruch nimmt, trägt er einen Teil der Kosten selber. Dieser selbst bezahlte Anteil wird Kostenbeteiligung genannt. Die Kostenbeteiligung setzt sich aus einer Franchise, d.h. einem Fixbeitrag, den der Versicherungsnehmer pro Kalenderjahr an die Behandlungskosten leistet, und/oder einem Selbstbehalt, d.h. einem prozentualen Anteil des Versicherungsnehmers an den Behandlungskosten oder einem fixen Betrag pro Spitaltag, zusammen.

Kostengutsprache

Einverständnis der Krankenversicherung zur Bezahlung einer geplanten Behandlung. Vor einem Spitalaufenthalt ist es wichtig, dass beim zuständigen Kundendienst eine Kostengutsprache eingeholt wird.

Krankheit

Eine 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.

Kündigungsfrist/Änderungsfrist

Damit die Kündigungsfrist eingehalten wird, muss die Kündigung spätestens am letzten Arbeitstag vor Ablauf der Frist bis 17 Uhr im Empfangsbereich von SWICA eingehen (das Datum des Poststempels ist nicht massgebend). Die Kündigung kann schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, erfolgen.

KVG

Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994, in Kraft seit 1. Januar 1996.

Leistungserbringer

Leistungserbringer nach Krankenversicherungsgesetz sind insbesondere Ärzte, Apotheker, Chiropraktoren, Hebammen sowie Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arzts Leistungen erbringen, sowie Laboratorien, Spitäler, Pflegeheime, Heilbäder, welche die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen.

Listen und Verzeichnisse

Sämtliche in den Versicherungsbedingungen erwähnten Listen und Verzeichnisse, die für die Bemessung von Leistungen relevant sind, können vom Versicherungsnehmer jederzeit auf der SWICA-Homepage abgerufen werden. Versicherungsnehmer erhalten beim SWICA-Kundendienst jederzeit Auszüge nach individuellen Wünschen (z.B. Therapeuten einer bestimmten Fachrichtung und in einer bestimmten Region). Die Listen und Verzeichnisse werden digital zur Verfügung gestellt und laufend aktualisiert und sind jederzeit abrufbar.

Für die Bemessung des Leistungsanspruchs werden die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer durch SWICA versicherten Dienst- oder Sachleistung geltenden Listen und Verzeichnisse hinzugezogen.

Liste der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV)

Liste der Medikamente, die von den Krankenversicherern weder aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung noch aus den Zusatzversicherungen nach VVG übernommen werden.

Listenspitäler

Listenspitäler sind Spitäler, die auf der Basis des KVG von den Kantonen einen Leistungsauftrag erhalten haben.

Maximaltarife

Der Maximaltarif bemisst sich maximal nach den Mittelwerten der Tarifverträge zwischen SWICA und vergleichbaren Spitälern oder dem zuletzt gültigen Tarif mit dem Spital, wobei der jeweils tiefere Wert der beiden Werte zur Anwendung gelangt. Der Maximaltarif wird für jede Spitalklasse separat berechnet.

Mutterschaft

Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit einer Mutter.

Negativliste

Die Negativliste ist eine Auflistung von Präparategruppen, welche SWICA nicht vergütet. Zu ihr gehören: die LPPV (Liste der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung), Medikamente, die von Swissmedic nicht registriert sind, Nahrungsmittelergänzungen und andere.

Notfall

Von einem Notfall spricht man, wenn eine Behandlung aus medizinischer Sicht unaufschiebbar ist.

Prämie

Die Prämie ist die Gegenleistung des Versicherungsnehmers für die Gewährung des Versicherungsschutzes durch den Versicherer. Aufgrund von Kostenunterschieden können Prämienabstufungen gemacht werden. Die Prämien werden im Voraus erhoben.

Rahmenvertrag

Mit einem Rahmenvertrag werden mit dem Vertragspartner für eine Vielzahl von Personen, die mit diesem Vertragspartner in einer bestimmten juristischen Verbindung stehen (z.B. Arbeitsverhältnis, Vereinsmitgliedschaft oder dergleichen), gewisse auf diese Personen anwendbare Konditionen festgesetzt, die zur Anwendung gelangen, wenn diese Personen die im Rahmenvertrag festgelegten Bedingungen erfüllen.

Rückfall

Das erneute Auftreten einer Krankheit.

Schulmedizin

Die an der Universität während des Studiums gelehrt Medizin. Die Schulmedizin wendet nur Medikamente und Behandlungsmethoden mit nachgewiesener Wirksamkeit an. Sie umfasst einen Grossteil des Wissens- und Erfahrungsschatzes der Medizin der westlichen Welt.

Selbstbehalt

Der Selbstbehalt in der Grundversicherung ist die prozentuale Beteiligung an den Kosten für medizinische Behandlungen bzw. Medikamente. Er beträgt im Zeitpunkt der Ausgabe dieser AVB/ZB in der Regel 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten und ist nach oben begrenzt (Kinder bezahlen pro Jahr maximal 350 Franken Selbstbehalt, Erwachsene maximal 700 Franken).

Der Selbstbehalt in den Zusatzversicherungen ist ein prozentualer Anteil des Versicherungsnehmers an den Behandlungskosten oder ein fixer Betrag pro Spitaltag.

Weiterführende Erklärungen siehe unter «Kostenbeteiligung».

Spezialitätenliste (SL)

Nach der Zulassung eines neuen Medikaments durch Swissmedic kann eine Firma die Aufnahme dieses Medikaments in die Spezialitätenliste des Bundes beantragen. Die SL ist eine Positivliste: Medikamente, die in der SL stehen, müssen von den Krankenversicherern vergütet werden, sofern sie vom Arzt für das in der SL registrierte Leiden verschrieben worden sind.

Stationäre Behandlung

Als stationäre Behandlung gilt eine Behandlung mit Spitalaufenthalt von mindestens 24 Stunden oder einer Nacht.

SWICA-anerkannte Spitäler

SWICA-anerkannte Spitäler sind Listenspitäler und Vertragsspitäler, mit denen SWICA eine vertragliche Vereinbarung zu Tarifen getroffen hat.

Swissmedic

Medikamente dürfen in der Schweiz erst vertrieben werden, wenn ihre Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität hinreichend belegt und überprüft worden sind. Für die Zulassung ist Swissmedic, das Schweizerische Heilmittelinstitut, zuständig.

Unfall

Ein Unfall ist eine 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.

UVG

Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, in Kraft seit 1. Januar 1984.

Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist diejenige Person, die mit SWICA den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat.

Vertragsspitäler

Vertragsspitäler sind Spitäler, die keine kantonalen Leistungsaufträge haben, mit denen aber SWICA vertragliche Tarife vereinbart hat.

VVG

Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908, in Kraft seit 1. Januar 1910.

Zusatzversicherung

Nebst der obligatorischen Krankenversicherung (Grundversicherung) gibt es freiwillige Zusatzversicherungen. Diese können individuell abgeschlossen werden. Dabei ist es jedoch den Versicherungen freigestellt, Versicherungsanträge abzulehnen oder nur mit einem Deckungsausschluss anzunehmen.

365 TAGE IM JAHR RUND UM DIE UHR FÜR SIE DA.

Telefon 0800 80 90 80 / [swica.ch](https://www.swica.ch)

