

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

HospitalCash pro

Kombiversicherung Spitalkapital
mit Taggeld

1. Vertragsgrundlagen
2. Begriffsbestimmung
3. Gegenstand der Versicherung
4. Versicherte Personen
5. Altersgrenze
6. Geltungsbereich
7. Risikoerklärung
8. Rückgaberecht
9. Art der Versicherungsleistung
10. Leistungsbegrenzung
11. Obliegenheit beim Versicherungsfall
12. Auszahlung der Versicherungsleistung
13. Karenzfrist
14. Leistungsausschlüsse
15. Prämienzahlung
16. Altersbedingte Prämienhöhung
17. Änderung des Prämientarifs
18. Kündigung durch Versicherungsnehmer
19. Kündigung durch Versicherungsgesellschaft
20. Anzeige- und Meldepflicht
21. Mitteilungen
22. Gleichzeitiges Bestehen mehrerer Versicherungen
23. Anwendbares Recht
24. Gerichtsstand

1. Vertragsgrundlagen

Diese Versicherung beruht auf dem Versicherungsvertrag (Police) zwischen der AIG Europe Limited, London, Zweigniederlassung Zürich (nachfolgend Versicherungsgesellschaft genannt) und dem Versicherungsnehmer, allfälligen Besonderen Bedingungen sowie diesen Allgemeinen Bedingungen (AVB).

2. Begriffsbestimmung

Im Zusammenhang mit dieser Versicherung werden folgende Begriffe definiert, wobei mit der männlichen selbstredend auch die weibliche Schreibweise erfasst ist:

- a) *Versicherungsbeginn*: Bei Abschluss des Versicherungsvertrages gemäss Police (Versicherungsbeginn);
- b) *Versicherungsjahr*: Beginnt mit Fälligkeitsdatum der ersten Prämienrechnung;
- c) *Spitalaufenthalt*: Offizielle Aufnahme in einem Spital für eine Zeitspanne von mindestens 24 Stunden während der Versicherungsdauer – massgebend sind die durch das Spital verrechneten Aufenthaltstage;
- d) *Spital*: Heilanstalt oder Klinik, die staatlich anerkannt ist und über eine 24-stündige Aufsicht durch staatlich geprüfte Ärzte und medizinisches Fachpersonal verfügt;
- e) *Versicherte Person*: Jede in der Police als Versicherte bezeichnete Person.

3. Gegenstand der Versicherung

Bei Spitalaufenthalt einer versicherten Person infolge Krankheit, die nach Versicherungsbeginn diagnostiziert und behandelt wurde oder eines Unfalles, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist (Versicherungsfall), bezahlt die Versicherungsgesellschaft direkt an den Versicherungsnehmer das versicherte Kapital und Taggeld.

4. Versicherte Personen

Der Versicherungsschutz gilt für den Versicherungsnehmer und alle in der Police einzeln aufgeführten Personen. Es können nur im gleichen Haushalt wohnhafte Personen in derselben Police mitversichert werden.

5. Altersgrenze

Es werden nur Personen in die Versicherung aufgenommen, die das 69. Altersjahr noch nicht vollendet haben. Ein bestehender Versicherungsschutz endet automatisch bei Vollendung des 81. Altersjahres.

6. Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auch im Ausland. Hingegen werden nur Personen versichert, die ihren Wohnsitz in der Schweiz haben. Verlegt der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz in ein anderes Land, so erlischt die Versicherung mit Ablauf des Monats, in dem der Wohnsitzwechsel erfolgt.

7. Risikoerklärung

Bei Abschluss des Versicherungsvertrages ist nur das Geburtsdatum der versicherten Personen anzugeben. Weitere Risikoangaben sind nicht erforderlich.

8. Rückgaberecht

Der Versicherungsnehmer kann die Police innerhalb von 30 Tagen nach Empfang ohne Angabe von Gründen an die Gesellschaft zurücksenden. Der Versicherungsvertrag gilt in diesem Fall rückwirkend auf das in der Police genannte Beginndatum als aufgehoben. Ansprüche entstehen in diesem Fall nicht.

9. Art der Versicherungsleistung

Die Versicherungsleistung besteht in der Bezahlung eines Taggeldes bei Spitalaufenthalt einer versicherten Person. Die Höhe des Taggeldes wird in der Police festgelegt. Die Versicherungsleistung ist nicht zweckgebunden. Sie wird unabhängig von anderen Versicherungsleistungen direkt an die versicherte Person ausbezahlt.

10. Leistungsbegrenzung

- a) *Maximale Leistungen*: Die Versicherungsgesellschaft bezahlt pro Versicherungsjahr für maximal zwei Versicherungsfälle einer versicherten Person. Leistungsanspruch für einen 2. Versicherungsfall besteht jedoch erst nach einem Unterbruch von 90 Tagen nach Beendigung eines vorhergehenden Spitalaufenthaltes. Leistungsfälle mit Spitalaufenthaltsdauer von einem Versicherungsjahr zum nächsten Versicherungsjahr gelten als 1 Versicherungsfall und werden dem Versicherungsjahr angerechnet, in dem der Leistungsfall eingetreten ist.
- b) *Höhe der Leistungen*: Pro Versicherungsfall wird für den 1. Tag eines Spitalaufenthaltes das versicherte Kapital bei Unfall oder Krankheit und zusätzlich für den 2. Tag eines Spitalaufenthaltes das versicherte Kapital bei Krankheit ausbezahlt. Dazu wird ab dem 3. Tag bis längstens zum 14. Tag eines Spitalaufenthaltes das versicherte Taggeld bei Krankheit oder Unfall ausbezahlt. Eine durch den Arzt verordnete Verlegung in ein anderes Spital gilt als ein durchgehender Aufenthalt.

c) Mindestaufenthalt: Für einen Spitalaufenthalt von weniger als 24 Stunden werden von der Versicherungsgesellschaft keine Leistungen erbracht.

11. Obliegenheit beim Versicherungsfall

Bei einem Versicherungsfall ist dieser innert 30 Tagen nach dem Austritt der versicherten Person aus dem Spital schriftlich, telefonisch oder per E-Mail der Versicherungsgesellschaft durch den Versicherungsnehmer oder die betroffene versicherte Person zu melden. Die versicherte Person muss auf Verlangen der Versicherungsgesellschaft zusätzliche Auskünfte, Belege oder ärztliche Unterlagen einreichen.

12. Auszahlung der Versicherungsleistung

Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt nach Eingang der erforderlichen Belege innerhalb von 30 Tagen. Im Todesfall zahlt die Versicherungsgesellschaft die Leistung an die testamentarisch festgelegten oder bei deren Fehlen an die gesetzlichen Erben.

13. Karenzfrist

Bei einem Spitaleintritt infolge Krankheit besteht Versicherungsschutz erst nach 3 Monaten, bei Komplikationen in der Schwangerschaft und/oder bei der Niederkunft, besteht Versicherungsschutz erst nach 12 Monaten ab Versicherungsbeginn.

14. Leistungsausschlüsse

In folgenden Fällen werden keine Leistungen erbracht:

- für Aufenthalte in Rehabilitationskliniken und Höhenkliniken;
- für Thermalkuren, Schlaf- und Entziehungskuren, Abmagerungs- und Verjüngungskuren;
- für Aufenthalte in Alters- und Pflegeheimen;
- für kosmetische Operationen, die nicht mit einem Unfall zusammenhängen und medizinisch notwendig sind;
- für Unfälle und Krankheiten während ausländischem Militärdienst;
- für die Folgen der Begehung eines Verbrechens oder Vergehens oder für die Folgen eines Versuchs dazu;
- für selbstverschuldete Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückgehen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken.
- für die absichtlicher Herbeiführung des versicherten Ereignisses durch die versicherte Person oder durch eine andere anspruchsberechtigte Person;

i) für Spitalaufenthalte infolge missbräuchlichen Konsums von Arzneimitteln, Drogen und Alkohol. Der Missbrauch dieser Suchtmittel gilt ausdrücklich nicht als Krankheit und löst keine Leistungen der Versicherungsgesellschaft aus.

15. Prämienzahlung

Der Versicherungsnehmer ist zur Zahlung der Prämie verpflichtet. Die Termine der Prämienzahlungen gemäss Police sind pünktlich einzuhalten. Wird eine Prämie nicht innert 30 Tagen ab Fälligkeitsdatum bezahlt oder kann diese durch die Versicherungsgesellschaft nicht eingezogen werden (wie LSV, Kundenkarten etc.), so kann die Versicherungsgesellschaft nach Gesetz schriftlich mahnen. Wird die Prämie auch dann nicht bezahlt, so ruht die Leistungspflicht der Versicherungsgesellschaft nach 14 Tagen ab Versanddatum der Mahnung.

16. Altersbedingte Prämienerrhöhung

Die Prämie wird für jede versicherte Person aufgrund des Alters am Vertragsbeginn berechnet. Ändert sich die Altersgruppe, so wird die nächste Monatsprämie automatisch im Folgemonat des Geburtstages angepasst:

Altersgruppe 1	bis 19 Jahre
Altersgruppe 2	20 bis 35 Jahre
Altersgruppe 3	36 bis 50 Jahre
Altersgruppe 4	51 bis 60 Jahre
Altersgruppe 5	61 bis 70 Jahre
Altersgruppe 6	71 bis 75 Jahre
Altersgruppe 7	76 bis 80 Jahre

Die Versicherungsgesellschaft gibt dem Versicherungsnehmer die neue Prämie mindestens 25 Tage vor der Prämienerrhöhung bekannt. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, den Vertrag zum Datum der Prämienerrhöhung zu kündigen. Die Kündigung muss spätestens am Tag vor dem Datum der Prämienerrhöhung bei der Versicherungsgesellschaft eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung zur altersbedingten Prämienerrhöhung.

17. Änderung des Prämientarifs

Ändert der Prämientarif, so kann die Versicherungsgesellschaft die Anpassung der vertraglichen Prämie vom folgenden Versicherungsjahr an verlangen. Zu diesem Zweck hat sie dem Versicherungsnehmer die neue Prämie spätestens 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekannt zu geben. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, den Vertrag zum Ende des laufenden Versiche-

rungsjahres zu kündigen. Macht er davon Gebrauch, so erlischt der Vertrag mit dem Ablauf des Versicherungsjahres. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei der Versicherungsgesellschaft eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages an den neuen Prämientarif.

18. Kündigung durch Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag jährlich auf das Ende des Versicherungsjahres, unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten, ordentlich kündigen. Andernfalls verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr. Im Weiteren kann der Versicherungsnehmer die Versicherung in folgenden besonderen Fällen kündigen:

- a) wenn die Versicherungsgesellschaft von der Möglichkeit der Prämienanpassung nach diesen Allgemeinen Bedingungen Gebrauch macht;
- b) nach jedem Schadenfall, für den eine Leistung geschuldet wird, wobei die Kündigung schriftlich und eingeschrieben spätestens 14 Tage nach dem Zeitpunkt erfolgen muss, an dem die versicherte Person von der Ausrichtung der Leistung Kenntnis erhielt. In diesem Fall erlischt die Leistungspflicht am Ende des Monats des Eintreffens der Kündigung des Versicherungsnehmers bei der Versicherungsgesellschaft.

Der Versicherungsschutz erlischt frühestens nach Ablauf von 14 Tagen ab Mitteilung des Versicherungsnehmers über die Bestätigung der Kündigung der Versicherungsgesellschaft.

19. Kündigung durch Versicherungsgesellschaft

Die Versicherungsgesellschaft kann den Vertrag spätestens drei Monate vor Ablauf eines Versicherungsjahres schriftlich zum Ende des Versicherungsjahres oder nach jedem Schadenfall, für den eine Leistung geschuldet wird, spätestens mit der Auszahlung kündigen. Sie behält sich das Recht vor, den Versicherungsvertrag bei vollendetem oder versuchtem Versicherungsbetrag seitens einer versicherten Person zu kündigen.

Der Versicherungsschutz erlischt frühestens nach Ablauf von 14 Tagen ab Mitteilung des Versicherungsnehmers über die Kündigung durch die Versicherungsgesellschaft.



AIG Europe Limited, London
Zweigniederlassung Zürich
Gutenbergstrasse 1
Postfach, 8027 Zürich

T +41 (0)43 333 3777
F +41 (0)43 333 3790
www.aigdirect.ch

20. Anzeige- und Meldepflicht

Der Versicherungsnehmer hat die Versicherungsgesellschaft innert 30 Tagen über folgende Änderungen schriftlich zu informieren:

- a) Änderung der Wohnadresse;
- b) Änderung der Rechnungsadresse;
- c) Wegzug einer auf der Police aufgeführten, mitversicherten Person.

Der Versicherungsvertrag und die Prämie werden gegebenenfalls den neuen Umständen angepasst. Erfolgt die Änderungsmeldung verspätet, besteht kein Anspruch auf eine allfällige Prämienrückerstattung.

21. Mitteilungen

Die Mitteilungen an die Versicherungsgesellschaft sind an die AIG Europe Limited, Postfach, 8027 Zürich zu richten. Die Mitteilungen der Versicherungsgesellschaft erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

22. Gleichzeitiges Bestehen mehrerer Versicherungen

Eine versicherte Person kann nur unter einer Police dieser Versicherung versichert sein. Sollte aus Versehen im Schadenfall eine Deckung nach mehreren Policen bestehen, so erfolgt die Leistung lediglich nach der Police, die als erste in Kraft getreten ist. Allenfalls zuviel bezahlte Prämien werden dem Versicherungsnehmer zurückerstattet.

23. Anwendbares Recht

Der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages unterstehen dem Schweizer Recht. Massgebend ist insbesondere das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908.

24. Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit diesem Versicherungsvertrag kann gegen die Versicherungsgesellschaft am schweizerischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder am Sitz der Versicherungsgesellschaft Klage erhoben werden.