

Ausgabe 1. Januar 2027

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenzusatzversicherungen

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines

- 1 Einleitung
- 2 Versicherungsunternehmen
- 3 Versicherte Person
- 4 Vertragsgrundlagen

Umfang der Versicherung

- 5 Gegenstand der Versicherung
- 6 Örtlicher Geltungsbereich

Definitionen

- 7 Definitionen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft
- 8 Anerkannte Leistungserbringende

Beginn und Ende der Versicherung

- 9 Beginn und Dauer der Versicherung
- 10 Kündigung durch Versicherungsnehmende und Kündigungsverzicht
- 11 Anpassung der AVB und ZVB

Prämien und Kostenbeteiligung

- 12 Festlegung der Prämien
- 13 Prämienzahlung
- 14 Zahlung von Franchisen, Selbstbehalten und Leistungsrückforderungen
- 15 Auszahlungen und Prämienrückerstattungen
- 16 Änderung von Prämien, Franchise und Selbstbehalt

Pflichten der versicherten Person

- 17 Anzeige- und Mitwirkungspflicht
- 18 Obliegenheiten im Schadenfall
- 19 Verletzung der Pflichten oder Obliegenheiten
- 20 Honorarschuld gegenüber Leistungserbringenden

Einschränkung des Versicherungsschutzes

- 21 Leistungsausschlüsse
- 22 Subsidiarität und Leistungen Dritter
- 23 Regress
- 24 Verrechnung
- 25 Verpfändung und Abtretung
- 26 Tarife der Leistungserbringenden
- 27 Honorarvereinbarungen

Verschiedenes

- 28 Mitteilungen
- 29 Individuelle Gesundheitsberatung
- 30 Datenschutz
- 31 Gerichtsstand
- 32 Besonderes Kündigungsrecht

Allgemeines

1 Einleitung

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bilden die Grundlage für sämtliche Krankenzusatzversicherungen, deren Inhalt in Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) geregelt ist.

2 Versicherungsunternehmen

Die Helsana Zusatzversicherungen AG (nachfolgend Helsana) erbringt die Versicherungsleistungen als Partei des Versicherungsvertrages im Verhältnis zu den versicherten Personen.

3 Versicherte Person

Versichert ist die in der Police aufgeführte Person (Versicherungsnehmerin, Versicherungsnehmer).

4 Vertragsgrundlagen

Der Versicherungsvertrag unterliegt, soweit nicht die Vertragsbestimmungen eine abweichende Regelung enthalten, den Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) gültig ab 1. Januar 2022. Für Verträge mit Beginn vor dem 1. Januar 2022 gilt bezüglich der Forderungen von Helsana gegenüber von versicherten Personen weiterhin die Verjährungsfrist von 2 Jahren.

Umfang der Versicherung

5 Gegenstand der Versicherung

- 5.1 Versichert sind durch die Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen sowie nach Massgabe der Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall.
- 5.2 In der Versicherungspolice ist aufgeführt, welche Versicherungen bei Helsana bestehen und ob für diese Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) vereinbart wurden.

6 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt, wo nicht etwas anderes festgehalten ist, auf der ganzen Welt.

Definitionen

7 Definitionen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft

- 7.1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- 7.2 Schwangerschaft und Niederkunft sind den Krankheiten gleichgestellt, sofern die Mutter bei der Niederkunft während mindestens 365 Tagen bei Helsana für Krankheit versichert gewesen ist und die Versicherungsdeckung für Mutterschaftsleistung nicht ausgeschlossen war.
- 7.3 Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit zur Folge hat.
- 7.4 Unfallähnliche Körperschädigungen gemäss Unfallversicherungsgesetzgebung (UVG) sind den Unfällen gleichgestellt.

8 Anerkannte Leistungserbringende

- 8.1 Als anerkannte Leistungserbringende gelten diejenigen Personen und Einrichtungen, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als solche anerkannt sind.
- 8.2 Abweichungen von Ziff. 8.1 sind in den ZVB geregelt.

Beginn und Ende der Versicherung

9 Beginn und Dauer der Versicherung

- 9.1 Bei Annahme des Antrages beginnt die Versicherungsdeckung mit dem in der Police aufgeführten Tag.
- 9.2 Die Mindestversicherungsdauer beträgt 1 Jahr. Die Versicherungsperiode dauert jeweils vom 1. Januar bis 31. Dezember. Für Versicherungsabschlüsse während des Kalenderjahres wird die Prämie für die Restzeit des Versicherungsjahres erhoben. Der Vertrag verlängert sich am Ablaufdatum und nach jedem folgenden Versicherungsjahr stillschweigend um ein weiteres Jahr.
- 9.3 Die Versicherung erlischt:
- a) mit dem Tod der versicherten Person
 - b) mit dem Erreichen des vereinbarten Alters, bis zu welchem Helsana Versicherungsschutz gewährt
 - c) mit der Kündigung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer nach Ablauf der vertraglichen Kündigungsfrist

- d) bei Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland, ausser die versicherte Person bleibt der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unterstellt oder führt die Grundversicherungsdeckung im Sinne von Art 7a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) weiter.

10 Kündigung durch Versicherungsnehmende und Kündigungsverzicht

- 10.1 Die Versicherung kann nach ununterbrochener einjähriger Versicherungsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer gekündigt werden.
- 10.2 Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, bei Helsana eingetroffen ist.
- 10.3 Nach jedem Schadenfall, für den Helsana eine Leistung erbringen muss, kann die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer innert 14 Tagen seit Auszahlung der Entschädigung oder seit entsprechender Kenntnissnahme die betroffene Versicherung kündigen. Die Versicherungsdeckung erlischt 14 Tage nach dem Eintreffen dieser Mitteilung bei Helsana.
- 10.4 Helsana hat kein Kündigungsrecht auf Vertragsablauf bzw. im Schadenfall. Vorbehalten bleibt das Kündigungsrecht beider Vertragsparteien aus wichtigem Grund.

11 Anpassung der AVB und ZVB

- 11.1 Helsana ist aus einem der nachstehend aufgeführten Gründe berechtigt, die Allgemeinen und die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (AVB und ZVB) anzupassen:
- a) Ausweitung der Anzahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringenden
 - b) Entwicklungen der modernen Medizin
 - c) Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapieformen wie z.B. Operationstechniken, Medikamente und Ähnliches
 - d) Leistungsänderungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
- 11.2 Werden im Laufe der Versicherung die AVB oder die ZVB aufgrund der Bestimmungen gemäss Ziff. 11.1 angepasst, gelten für Versicherungsnehmende und für Helsana die neuen Bedingungen. Helsana teilt den Versicherungsnehmenden diese Anpassungen schriftlich mit. Wer mit den Anpassungen nicht einverstanden ist, kann die entsprechenden Versicherungen auf das Datum der Anpassung kündigen. Erhält Helsana innert 30 Tagen nach Erhalt der Mitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Neuregelung der Versicherungen.

Prämien und Kostenbeteiligung

12 Festlegung der Prämien

Die Prämien werden nach folgenden Kriterien festgelegt:

- 12.1 Nach dem Lebensalter der versicherten Person. Die Tarife sind in 5-Jahres-Gruppen gegliedert (0-5 Jahre, 6-10 Jahre, usw.) bis höchstens zur Altersgruppe 91+. Bei Erreichen einer höheren Altersgruppe wird die versicherte Person in die entsprechende Tarifstufe umgeteilt, was in der Regel zu einer Prämienerrhöhung führt. Die beim jeweiligen Produkt massgebliche letzte Altersklasse ist der Police zu entnehmen.
- 12.2 Die Prämien für über 65-jährige versicherte Personen betragen maximal das Dreifache der Prämien für 30-Jährige und für über 70-Jährige maximal das Vierfache der Prämien für 30-jährige versicherte Personen.
- 12.3 Nach dem Wohnsitz der versicherten Person. Bei einem Wohnsitzwechsel in eine andere Prämienregion wird die Prämie angepasst.
- 12.4 Nach dem Geschlecht (männlich/weiblich) der versicherten Person. Bei einer Änderung des Geschlechts im Personenstandsregister wird die Prämie angepasst.

13 Prämienzahlung

- 13.1 Die Prämien werden in der Regel monatlich erhoben, sind im Voraus zahlbar und werden am 1. Tag jedes Monats fällig. Wurden andere Zahlungsperioden vereinbart, werden die Prämien jeweils am 1. Tag der entsprechenden Periode fällig.
- 13.2 Kommen Versicherungsnehmende der Zahlungspflicht nicht nach, so werden sie unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.
- 13.3 Für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, kann ein Leistungsanspruch selbst bei nachträglicher Zahlung der Prämie nicht geltend gemacht werden.
- 13.4 Die durch die Säumnis in der Prämienzahlung verursachten Gebühren wie Mahnspesen und Inkassogebühren, gehen zulasten der betreffenden Versicherungsnehmerin oder des betreffenden Versicherungsnehmers. Auch für Ratenzahlungsvereinbarungen bei Zahlungsrückständen wird eine Gebühr erhoben.

14 Zahlung von Franchisen, Selbstbehalten und Leistungsrückforderungen

- 14.1 Im Falle von Direktzahlungen an Leistungserbringende durch Helsana sind Versicherungsnehmende verpflichtet, vereinbarte Franchisen und Selbstbehalte innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung von Helsana zurückzuerstatten.
- 14.2 Zu Unrecht bezogene Leistungen sind Helsana innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung zurückzuerstatten.
- 14.3 Kommen Versicherungsnehmende der Zahlungspflicht nicht nach, gelten Ziff. 13.2, 13.3 und 13.4 sinngemäss.

15 Auszahlungen und Prämienrückerstattungen

- 15.1 Zahlungen seitens Helsana erfolgen rechtsgültig an die von der versicherten Person zuletzt angegebene Adresse bzw. Zahladresse.
- 15.2 Sofern die Prämie für eine bestimmte Versicherungsdauer vorausbezahlt wurde und der Vertrag aus einem gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Grund vor Ende dieser Dauer aufgehoben wird, bezahlt Helsana die Prämie für die nicht beanspruchte Versicherungsperiode zurück.
- 15.3 Es besteht kein Anspruch auf Rückerstattung, wenn der Vertrag weniger als 1 Jahr in Kraft war und die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer die Vertragsauflösung durch Kündigung veranlasste.

16 Änderung von Prämien, Franchise und Selbstbehalt

Helsana kann Prämientarif, Prämienrabatte, Franchise oder Selbstbehalt aufgrund der Kostenentwicklung, des Schadenverlaufs sowie wegen Anpassung des Deckungsumfanges jährlich neu festlegen. Helsana teilt Versicherungsnehmenden diese Änderungen schriftlich mit. Wer mit der Neuregelung nicht einverstanden ist, kann die betreffenden Versicherungen auf das Datum der Änderung kündigen. Erhält Helsana innert 30 Tagen seit Eintreffen der Änderungsmitteilung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung. Das gleiche Recht steht Versicherungsnehmenden bei Prämienänderungen gemäss Ziff. 12 zu.

Bei Wegfall von befristeten Prämienrabatten entsteht kein Kündigungsrecht.

Pflichten der versicherten Person

17 Anzeige- und Mitwirkungspflicht

- 17.1 Im Antragsformular sind alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit sie im Zeitpunkt der Beantwortung der Fragen bekannt sind oder bekannt sein müssen, wahrheitsgemäss und vollständig anzugeben. Werden solche Tatsachen unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, kann Helsana innert 4 Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigespflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag für die entsprechenden Produkte durch schriftliche Erklärung kündigen.

Die Kündigung wird mit Zugang bei der Versicherungsnehmerin oder beim Versicherungsnehmer wirksam.

- 17.2 Wird die Versicherung durch Kündigung aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht von Helsana für bereits eingetretene Schäden, soweit deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat Helsana Anspruch auf Rückerstattung.
- 17.3 Die versicherten Personen haben die Medizinalpersonen, die sie behandeln oder behandelt haben, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Helsana zu entbinden und sie zu ermächtigen, Helsana jede notwendige Auskunft zu erteilen.
- 17.4 Ändert eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder ihr Geschlecht, ist Helsana davon umgehend in Kenntnis zu setzen.

18 Obliegenheiten im Schadenfall

- 18.1 Die versicherte Person hat alles zu unternehmen, was die Genesung fördert, und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere hat sie den medizinischen Anordnungen der Leistungserbringenden Folge zu leisten.
- 18.2 Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, sind Helsana sämtliche Rechnungen der Leistungserbringenden einzureichen. Es werden nur Originalrechnungen anerkannt. Diese können auch in elektronischer Form, z.B. als eingescanntes PDF-Dokument oder über das Kundenportal myHelsana, eingereicht werden. Ausserdem kann Helsana ärztliche Zeugnisse, Berichte, Belege usw. von der versicherten Person einverlangen.

19 Verletzung der Pflichten oder Obliegenheiten

- 19.1 Werden die Obliegenheiten im Schadenfall verletzt, kann Helsana die Leistungen angemessen kürzen und auf den Betrag reduzieren, für den Helsana ohne Verletzung der Obliegenheit leistungspflichtig wäre.

- 19.2 Diese Rechtsnachteile treten nicht ein, wenn die Verletzung der Pflichten oder Obliegenheiten den Umständen nach als unverschuldet anzusehen ist oder die versicherte Person nachweisen kann, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und auf den Umfang der von Helsana geschuldeten Leistungen hat.

20 Honorarschuld gegenüber Leistungserbringenden

Grundsätzlich schulden Versicherungsnehmende den Leistungserbringenden das Honorar.

Vereinbarungen zwischen Helsana und den Leistungserbringenden über eine Direktzahlung bleiben vorbehalten.

Einschränkung des Versicherungsschutzes

21 Leistungsausschlüsse

- 21.1 Keine Versicherungsdeckung besteht für:
- a) Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die bei Abschluss der Versicherung schon bestanden haben
 - b) Krankheiten, Unfälle und deren Folgen nach Erlöschen der Versicherung, auch wenn während der Versicherungsdauer Leistungen erbracht wurden
 - c) Kosten einer unwirksamen, unzweckmässigen oder unwirtschaftlichen Behandlung; als unwirtschaftlich gelten medizinische Massnahmen, die sich nicht auf das Interesse der versicherten Person und das für den Behandlungszweck erforderliche Mass beschränken; die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein
 - d) kosmetische Behandlungen und Operationen
 - e) Zahnbehandlungen, sofern in einzelnen Versicherungen eine Deckung nicht ausdrücklich vorgesehen ist
 - f) Krankheiten und Unfälle als Folge von aussergewöhnlichen Gefahren; als solche gelten:
 - fa) Teilnahme an Unruhen
 - fb) ausländischer Militärdienst
 - fc) Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten, vorsätzliche Ausübung von Vergehen und Verbrechen sowie der Versuch dazu
 - fd) Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, versicherte Personen seien als Unbeteiligte oder bei Hilfeleistungen für eine wehrlose Person durch die Streitenden verletzt worden
 - fe) Gefahren, denen sich versicherte Personen dadurch aussetzen, dass sie andere provozieren
 - g) Krankheiten und Unfälle als Folge von Wagnissen; Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich versicherte Personen einer besonders grossen Gefahr aussetzen, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken; Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann

versichert, wenn sie an sich als Wagnis zu betrachten sind

- h) Krankheiten und Unfälle infolge kriegerischer Ereignisse
 - ha) in der Schweiz
 - hb) im Ausland, es sei denn, versicherte Personen erkranken oder verunfallen innert 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in dem sie sich aufhalten, und sie seien vom Ausbruch der kriegerischen Ereignisse dort überrascht worden
 - i) Gesundheitsschäden infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie
 - k) Krankheiten und Unfälle infolge missbräuchlichen Konsums von Alkohol, Medikamenten, Drogen und Chemikalien
 - l) Organtransplantationen, für welche der Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer, Solothurn (SVK), Fallpauschalen vereinbart hat; dies gilt auch für Kliniken ohne vereinbarte Fallpauschalen
 - m) gesetzliche und vereinbarte Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
 - n) Selbstverstümmelung, Selbsttötung sowie den Versuch dazu
- 21.2 Weitere Leistungsausschlüsse gemäss den Bestimmungen der einzelnen Versicherungen bleiben vorbehalten.

22 Subsidiarität und Leistungen Dritter

- 22.1 Sämtliche Leistungen werden in Ergänzung zu den Leistungen von Sozialversicherungen erbracht. Bei gleichzeitiger Leistungspflicht mehrerer Privatversicherer, gelten die gesetzlichen Bestimmungen zur Mehrfachversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).
- 22.2 Sind für die Folgen von Krankheit oder Unfall haftpflichtige Dritte leistungspflichtig, gewährt Helsana Leistungen vorbehaltlich Ziff. 23 AVB nur, wenn für Versicherungsnehmende kein Gewinn entsteht.

23 Regress

- 23.1 Helsana entrichtet die Leistungen unter der Bedingung, dass ihr die versicherte Person ihre Ansprüche gegenüber leistungspflichtigen Dritten bis zur Höhe der von Helsana erbrachten Leistungen abtritt. Die versicherte Person verpflichtet sich, bei der Geltendmachung eines allfälligen Rückgriffsrechts gegenüber Dritten mitzuwirken und nichts zu unternehmen, was diesem entgegensteht.
- 23.2 Treffen versicherte Personen mit leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung von Helsana eine Vereinbarung, in welcher sie teilweise oder gänzlich auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen verzichten, fällt der Leistungsanspruch gegenüber Helsana dahin.

24 Verrechnung

- 24.1 Helsana kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber Versicherungsnehmenden verrechnen.
- 24.2 Versicherungsnehmende haben gegenüber Helsana kein Verrechnungsrecht.

25 Verpfändung und Abtretung

Forderungen können ohne Zustimmung von Helsana weder rechtswirksam verpfändet noch abgetreten werden.

26 Tarife der Leistungserbringenden

Helsana anerkennt die in den schweizerischen Sozialversicherungen gültigen Tarife. Vorbehalten bleiben abweichende Bestimmungen in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB).

27 Honorarvereinbarungen

Honorarvereinbarungen zwischen Rechnungsstellenden und versicherten Personen sind für Helsana nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des von Helsana für die betreffende Leistungserbringerin oder den betreffenden Leistungserbringer anerkannten Tarifs.

Verschiedenes

28 Mitteilungen

- 28.1 Versicherungsnehmende erhalten Mitteilungen von Helsana an die zuletzt gemeldete Postadresse, E-Mail-Adresse, das Kundenportal myHelsana (wobei ein Hinweis per E-Mail erfolgt) oder sie werden auf der Homepage von Helsana und mit der jährlichen Policenbeilage bekannt gegeben.
- 28.2 Sofern in den AVB oder ZVB nichts anderes festgelegt ist, können schriftliche Mitteilungen sowohl von Versicherungsnehmenden an Helsana (z.B. an die Post- bzw. E-Mailadresse des auf der Police angegebenen Kundenservice) als auch umgekehrt in physischer oder elektronischer Form übermittelt werden.

29 Individuelle Gesundheitsberatung

Helsana kann die versicherte Person mit Hilfe der in deren Versicherungsdossiers bei den verschiedenen Helsana-Gesellschaften (soweit erforderlich vorbehaltlich einer Einwilligung im Einzelfall), schon vorhandenen Angaben, namentlich über Medikamente, Behandlungen und Diagnosen sowie Alter und Geschlecht individueller und gesamtheitlicher beraten und betreuen. Insbesondere kann Helsana der versicherten Person Tipps und Ideen zu von Helsana unterstützten Massnahmen zur Prävention und Gesundheit geben oder sie auf Wunsch in allen Gesundheitsfragen beraten. Ebenso kann Helsana die versicherte Person

warnen, sollten ihr z.B. Unverträglichkeiten auffallen. Weiter kann Helsana die versicherte Person bei der Auswahl von Leistungserbringern unterstützen und ihr gezielter Angebote zu Produkten und Dienstleistungen unterbreiten, welche die versicherte Person womöglich als vorteilhaft erachtet.

Für die Dienstleistung «individuelle Gesundheitsberatung», erbracht durch die Helsana Zusatzversicherungen AG, gelten die einschlägigen Datenschutz- und Nutzungsbestimmungen unter www.helsana.ch/gesundheitsberatung. Die mit dem Vertragsabschluss erteilte Einwilligung zur individuellen Gesundheitsberatung ist jederzeit widerrufbar.

30 Datenschutz

- 30.1 Die Datenschutzerklärung der Helsana Zusatzversicherungen AG ist auf www.helsana.ch/datenschutz abrufbar oder kann beim Kundenservice angefordert werden.
- 30.2 Helsana kann unter Einhaltung des Schweizerischen Datenschutzgesetzes (DSG) Kundendaten zur Prüfung und Abwicklung von Leistungsansprüchen, soweit für diese Zwecke erforderlich an beteiligte Dritte im In- und Ausland sowie an weitere Helsana-Gesellschaften sowie andere Versicherungen zur Bearbeitung weiterleiten. Zur Leistungskoordination von Schadenfällen im In- und Ausland und zur Prüfung von Rechnungen ausländischer Leistungserbringender leitet Helsana die hierfür notwendigen Kundendaten an beauftragte Dritte weiter.
- Für die Durchsetzung von Regressansprüchen, resultierend aus den Leistungsfallprüfungen, leitet Helsana die notwendigen Kundendaten an die haftpflichtige Person sowie dessen Haftpflichtversicherung weiter.
- Ferner gibt Helsana die zur Leistungs- und Vertragsabwicklung erforderlichen Daten für diese Zwecke soweit dafür erforderlich an Inkassounternehmen betreffend offener Forderungen, Behörden, Anwältinnen oder Anwälte, Gutachterinnen oder Gutachter und an weitere externe Sachverständige weiter. Helsana kann Dritte oder andere Helsana-Gesellschaften im Zusammenhang mit der umfassenden oder teilweisen Auslagerung von Geschäftsbereichen und Dienstleistungen im Sinne eines Outsourcings (z.B. Zahlungsverkehr und IT-Dienstleistungen wie bspw. Speichermöglichkeiten) im In- und Ausland mit der Bearbeitung der Daten der Versicherungsnehmenden beauftragen. Helsana stellt sicher, dass die Auftragsbearbeitenden vertraglich zur Einhaltung einer angemessenen Datensicherheit und auch sonst des Datenschutzes verpflichtet sind. Die Einhaltung der Anforderungen wird durch Helsana geprüft. Davon können nicht nur Kundendaten wie bspw. Namen, Geburtsdatum, Versichertennummer enthalten sein, sondern auch besonders

schützenswerte Daten, im speziellen individuelle Gesundheitsdaten. Die gesetzlichen Anforderungen zur Bearbeitung von besonders schützenswerten Daten sind strenger.

Ferner kann Helsana unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes bei Behörden, Amtsstellen und weiteren Dritten sachdienliche Informationen im Rahmen der Vertragsabwicklung, mitunter zum Schadenverlauf, einholen und die Daten in Erfüllung von gesetzlichen oder regulatorischen Pflichten oder zur Wahrung berechtigter Interessen offenlegen (z.B. Durchsetzung und Abwehr von Forderungen, behördliche Untersuchungen). Die berechtigten Interessen sowie die möglichen Empfänger der Daten sind in der Datenschutzerklärung gemäss Ziff. 30.1 aufgeführt.

- 30.3 Helsana kann mit Hilfe der in den Versicherungsdossiers von ihr und den anderen Helsana-Gesellschaften vorhandenen Angaben, namentlich über Medikamente, Behandlungen, Diagnosen und Kosten sowie Demographie ihrer Versicherten, besser verstehen, wie sich – losgelöst von einzelnen Versicherten – die Kosten im Gesundheitswesen entwickeln und eindämmen lassen, wie Helsana ihre Regelwerke, z.B. zur Prämienbildung, und Verträge mit Leistungserbringenden anpassen muss, wie die Qualität der Behandlungen gesteigert und was sonst getan werden kann, um die Gesundheit bzw. die Genesung ihrer Versicherten zu fördern. Zu diesen Zwecken betreibt sie Forschung. Die dazu verwendeten gesundheitsbezogenen Daten werden vorgängig verschlüsselt oder anonymisiert. Weitere Hinweise sind in der Datenschutzerklärung enthalten. Die versicherte Person stimmt dieser Forschung zu. Sie kann diese Zustimmung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen durch Mitteilung an den Kundenservice.

31 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag sind wahlweise entweder die Gerichte am schweizerischen Wohnort der versicherten und anspruchsberechtigten Personen oder die Gerichte am Sitz von Helsana zuständig.

32 Besonderes Kündigungsrecht

Für Versicherungsdeckungen, die vor dem 1. Januar 2008 in Kraft waren, haben Versicherungsnehmende das Recht, in Abweichung von Ziffer 10.3, 11.2 sowie 16 dieser AVB den ganzen Vertrag zu kündigen.

Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) HOSPITAL FLEX

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines

1 Zweck

Leistungen

2 Leistungsvoraussetzung

3 Spitalleistungen

4 Dauer der Spitalleistungen

5 Leistungen im Ausland

6 Leistungen für Neugeborene

7 Geburtspauschale

8 Leistungen für die Unterbringung von Begleitpersonen (Rooming-in)

9 Badekuren

10 Erholungskuren

11 Haushaltshilfe

12 Leistungsdauer bei Kuren und Haushaltshilfe

13 Kinderhütedienst

14 Leistungsausschlüsse

Versicherungsvarianten

15 Versicherungsvariante mit Spitalwahlbeschränkung

Prämien

16 Prämienanpassung

Diverses

17 Bonussystem

18 Sistierung bei der Versicherungsdeckung

1.2 Versichert sind Leistungen als Folge von Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Die Unfalldeckung kann ausgeschlossen werden.

Leistungen

2 Leistungsvoraussetzung

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

2.2 Für den Bezug von Leistungen infolge Mutterschaft muss die Versicherung seit mindestens 365 Tagen ab Versicherungsbeginn bestehen.

2.3 Die Leistungen bei Aufenthalt in einem Spital werden nur bei Spitalbedürftigkeit ausgerichtet.

3 Spitalleistungen

3.1 Spätestens beim Eintritt ins Spital entscheidet die versicherte Person, in welcher Abteilung sie sich behandeln lassen will. Für Leistungen in der allgemeinen Abteilung wird keine Kostenbeteiligung auferlegt, in der halbprivaten oder privaten Abteilung schuldet die versicherte Person die in der Police festgelegte Kostenbeteiligung.

3.2 Bei Aufenthalt und Behandlung in einem Spital, einer Rehaklinik oder psychiatrischen Klinik, welche die Voraussetzungen nach Ziff. 8.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) erfüllen, umfassen die Leistungen die im Rahmen der vom Versicherer für die betreffende Institution anerkannten Tarife. Bei Spitälern, welche nicht auf den kantonalen Planungs- und Spitallisten nach Art. 39 KVG aufgeführt sind (Listenspital), besteht in Konkretisierung dieses Grundsatzes nur dann ein Anspruch auf Leistungen aus der vorliegenden Versicherung, sofern der Versicherer mit dem betreffenden Spital einen KVG-Vertrag abgeschlossen hat (Helsana-KVG-Vertragsspital).

Der Versicherer führt eine Liste der Helsana-KVG-Vertragsspitäler, welche über die anerkannten Leistungsspektren Auskunft gibt. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

Allgemeines

1 Zweck

- 1.1 Die Spitalzusatzversicherung HOSPITAL FLEX entrichtet in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen in folgendem Umfang:
- Freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz: Kosten für zusätzlichen Hotelleriekomfort und Kosten für die Arztwahl infolge eines Aufenthaltes in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung für akute Gesundheitsschäden in einem Spital sowie einschliesslich Rehakliniken und psychiatrische Kliniken
 - Beitrag an Spitalbehandlungen im Ausland; und gewährt zusätzlich Beiträge, sofern diese mitversichert sind, an:
 - Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Akut- und Übergangspflege
 - Bade- und Erholungskuren
 - Haushaltshilfe
 - Kinderhütedienst



- 3.3 Für Leistungen der stationären Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und durch den Spital angeordnet werden, vergütet der Versicherer, sofern nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert, in Ergänzung zur Leistungspflicht gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) die ungedeckten Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis CHF 100.– pro Tag während maximal 14 Tagen pro Kalenderjahr.

4 Dauer der Spitalleistungen

- 4.1 Bei stationärer Behandlung in einem Akutspital und in einer Rehaklinik werden die versicherten Leistungen für akute Gesundheitsschäden zeitlich unbeschränkt ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung ein Aufenthalt in einem Spital medizinisch notwendig und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist.
- 4.2 Bei stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik werden die versicherten Leistungen während maximal 60 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krankheitsbild vorliegt.

5 Leistungen im Ausland

Bei einem stationären Aufenthalt in einem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik im Ausland wird an die Kosten der wissenschaftlich anerkannten und zweckdienlichen Behandlungen und für die Unterkunft und Verpflegung der vereinbarte Betrag pro Tag während maximal 60 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

6 Leistungen für Neugeborene

Der Versicherer übernimmt die Kosten für den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen aus der vorliegenden HOSPITAL FLEX der Mutter während deren Spitalaufenthaltsdauer, höchstens jedoch während 10 Wochen.

7 Geburtspauschale

Erfolgt die Geburt in einem ambulanten Geburtshaus, zu Hause oder ambulant in einem Spital, bezahlt der Versicherer die vereinbarte Geburtspauschale.

8 Leistungen für die Unterbringung von Begleitpersonen (Rooming-in)

Bei einer stationären Behandlung im Spital gewährt der Versicherer Beiträge an die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer der versicherten Person nahestehenden Begleitperson im Spital. Die versicherte Leistung wird während maximal 15 Tagen pro Kalenderjahr ausbezahlt.

9 Badekuren

- 9.1 Leistungen an Badekuren werden ausgerichtet, sofern diese nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert sind.
- 9.2 Die Badekur muss vor Kurantritt ärztlich verordnet sein und erfolgt stationär in einem ärztlich geleiteten inländischen oder europäischen Heilbad, welches vom Versicherer anerkannt ist.
- 9.3 Ein Leistungsanspruch besteht nur dann, wenn der Badekur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen oder eine ambulante, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Therapie nicht möglich ist. Bei Antritt der Badekur hat zudem eine ärztliche Eintrittsuntersuchung zu erfolgen, und es müssen balneologische und physikalische Anwendungen nach einem Kurplan durchgeführt werden. Die Mindestdauer für eine Badekur beträgt 14 Tage.

10 Erholungskuren

- 10.1 Leistungen an Erholungskuren werden ausgerichtet, sofern diese nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert sind.
- 10.2 Die Erholungskur muss in einem vom Versicherer anerkannten Kurhaus durchgeführt werden.
- 10.3 Die Erholungskur muss ärztlich verordnet und zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit medizinisch notwendig sein. Die ärztliche Kurverordnung ist dem Versicherer 10 Tage vor Antritt der Erholungskur unter Angabe des Heilbades bzw. der Kuranstalt und des Datums des Kurantritts einzureichen.



11 Haushalthilfe

- 11.1 Leistungen für Haushalthilfe werden ausgerichtet, sofern diese nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert sind und wenn eine versicherte Person aufgrund einer akuten Erkrankung und wegen ihrer persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt.
- 11.2 Die Notwendigkeit muss durch ein ärztliches Zeugnis ausgewiesen sein.
- 11.3 Bei einem Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Haushalthilfe erbracht.

12 Leistungsdauer bei Kuren und Haushaltshilfe

Für Bade- und Erholungskuren bezahlt der Versicherer die ausgewiesenen Kosten, höchstens jedoch CHF 100.– pro Tag, während zusammen maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr. An die ausgewiesenen Kosten der Haushaltshilfe werden CHF 50.– pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

13 Kinderhütendienst

- 13.1 Hält sich eine versicherte Person stationär im Spital auf, übernimmt der Versicherer, sofern nach Ziff. 1.1 ZVB mitversichert, die Kosten der Fremdbetreuung für eines oder mehrere unter elterlicher Gewalt der versicherten Person stehenden Kinder unter 15 Jahren, wochentags während den üblichen Arbeitszeiten, bis maximal 30 Stunden pro Kalenderjahr.
- 13.2 Leistungen werden nur übernommen, wenn die versicherte Person vorgängig die vom Versicherer bezeichnete Organisationszentrale kontaktiert und die Betreuung von dieser Stelle organisiert wird.

14 Leistungsausschlüsse

- 14.1 In Ergänzung zu den unter Ziff. 21 AVB aufgeführten Leistungsausschlüssen werden aus der HOSPITAL FLEX keine Leistungen erbracht:
- bei der Behandlung und Pflege chronisch psychisch kranker Personen
 - bei Aufhalten in Pflegeheimen
 - bei Aufhalten in psychiatrischen Tages- oder Nachtkliniken
 - bei Aufhalten in einem auf der Liste des Versicherers fehlenden Spital, wenn die Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung abgeschlossen wurde
- 14.2 Ziff. 21.1 lit. I AVB findet vorliegend keine Anwendung.

Versicherungsvarianten

15 Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung

- 15.1 Der Versicherer kann gegen eine Prämienreduktion eine Versicherungsvariante mit eingeschränkter Spitalwahl anbieten. Der Versicherer führt für diese Variante eine Liste, aus welcher ersichtlich ist, welche Spitäler ausgewählt werden können. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.
- 15.2 Bei Aufenthalt in einem auf der Liste des Versicherers fehlenden Spital werden keine Kosten übernommen.
- 15.3 Die vorliegende Versicherungsvariante kann zusammen mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Spitalwahleinschränkung abgeschlossen werden. Für versicherte Personen, welche diese besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgeschlossen haben, gelten die in den diesbezüglichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgehaltenen einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug auch für die vorliegende Versicherung. Wird diese besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gekündigt oder aufgehoben, so kann die entsprechende Versicherungsvariante nicht mehr weitergeführt werden. Es erfolgt automatisch die Umteilung in die HOSPITAL FLEX ohne die Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung.

Prämien

16 Prämienanpassung

- 16.1 Die Prämien werden nach dem Alter und Geschlecht der versicherten Person berechnet. Dabei werden die versicherten Personen in diejenige Altersgruppe eingeteilt, welche ihrem aktuellen Alter entspricht.
- 16.2 Ziff. 12.2 AVB für die Krankenzusatzversicherungen findet auf das Produkt HOSPITAL FLEX keine Anwendung.



Diverses

17 Bonussystem

Der Versicherer behält sich vor, ein Bonussystem in die vorliegende Spitalzusatzversicherung einzubauen. Die versicherten Personen werden automatisch in das um diese Systemänderung angepasste Versicherungsprodukt umgeteilt. In Abweichung von den ordentlichen Kündigungsbestimmungen der AVB haben diese Personen das Recht, innert 3 Monaten nach Inkrafttreten der Umteilung rückwirkend von der HOSPITAL FLEX zurückzutreten.

18 Sistierung bei der Versicherungsdeckung

- 18.1 Gegen eine Prämienreduktion kann der Versicherungsnehmer den Leistungsanspruch aus der FLEX sistieren, vorausgesetzt, er weist nach, dass für die zu sistierende Versicherung eine anderweitige Versicherungsdeckung (Kollektivvertrag, Betriebskrankenversicherung, Auslandsversicherung usw.) besteht.
- 18.2 Innert 30 Tagen nach Wegfall der anderweitigen Versicherungsdeckung hat der Versicherungsnehmer die Versicherungsdeckung zu reaktivieren, wobei die Prämie im Sinne von Ziff. 12 AVB angepasst wird. Bei Nichtbeachtung dieser Frist gelten für die Weiterführung der Versicherungen die Bedingungen für eine Neuaufnahme.

