

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER INDIVIDUELLEN KRANKENVERSICHERUNG

„INFINITY“

INHALT

Artikel	Seite	Artikel	Seite
A		E	
<u>ALLGEMEINES</u>		<u>SCHADENFALL</u>	
1	2	20	6
2	2	21	6
3	2	22	7
		23	7
		24	7
B		F	
<u>UMFANG DER GARANTIE</u>		<u>INKRAFTTRETEN, LAUFZEIT, KÜNDIGUNG</u>	
4	3	25	7
5	3	26	7
6	3	27	8
7	3		
8	4		
C		G	
<u>LEISTUNGEN</u>		<u>VERSCHIEDENES</u>	
9	4	28	8
10	4	29	8
11	5	30	8
12	5	31	9
13	5	32	9
14	5		
15	5		
16	5		
D		H	
<u>PRÄMIEN</u>		<u>LEISTUNGSVERZEICHNIS</u>	
17	6		10
18	6		
19	6		

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER INDIVIDUELLEN KRANKENVERSICHERUNG
INFINITY

A.	ALLGEMEINES		
Artikel 1	Allgemeine Grundsätze		
	<p>Die kollektive zusätzliche Versicherungsdeckung im Krankheitsfall ist ausschließlich für die dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) unterstellten Versicherten bestimmt und mit Wohnsitz in der Schweiz.</p> <p>Die Grundlage der Krankenversicherung bilden:</p> <p>a) Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), etwaige besonderen Bedingungen sowie die Bestimmungen der Police und deren Änderungen;</p> <p>b) Das Bundesgesetz über Versicherungsverträge (VVG) vom 2. April 1908 in der Fassung vom 19. Juni 2020 für Sachverhalte, die nicht in Absatz a) geregelt sind.</p> <p>c) Die schriftlichen Erklärungen oder durch jedes andere Mittel, das den Nachweis durch einen Text des Anbieters in seinem Angebot und gegebenenfalls in anderen Dokumenten.</p>	<p>Unfall Jede schädliche, plötzliche und unwillkürliche Einwirkung auf den menschlichen Körper aufgrund einer außergewöhnlichen äußeren Ursache, die die körperliche, geistige oder psychische Gesundheit beeinträchtigt oder den Tod verursacht, gilt als Unfall.</p> <p>Mutterschaft Die Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Entbindung.</p> <p>Arzt Jede Person, die einen Abschluss einer medizinischen Fakultät erworben hat, die in der von der Weltgesundheitsorganisation anerkannten Weltliste der Medizinischen Fakultäten aufgeführt ist, und die berechtigt ist, in dem Land, in dem die Pflege erfolgt, zu praktizieren.</p> <p>Versicherungsunternehmen / UNIQA Das Versicherungsunternehmen, hier definiert als UNIQA Österreich Versicherungen AG, Wien, Zweigniederlassung Zürich, die die durch das Versicherungsprogramm gedeckten Risiken zeichnet.</p> <p>Krankenhaus Jede Einrichtung für Medizin, Chirurgie oder funktionelle Rehabilitation unter der ständigen Aufsicht oder Leitung eines Arztes mit qualifiziertem Vollzeit-Personal, die:</p> <p>a) hauptsächlich die stationäre Behandlung von Kranken und Verwundeten gewährleistet;</p> <p>b) über die für die Verarbeitung erforderlichen Ausrüstungen und Einrichtungen verfügt;</p> <p>c) eine medizinischen Akte für jeden Fall führt.</p> <p>d) von der zuständigen Behörde des Landes, in dem sie niedergelassen ist, anerkannt ist.</p> <p>Krankenhausaufenthalt Jeder Aufenthalt von mehr als 24 aufeinanderfolgenden Stunden in einer Krankeneinrichtung, der von einem Arzt verschrieben wird, gilt als Krankenhausaufenthalt.</p> <p>Behandlung Jede unverzügliche und wissenschaftlich anerkannte Behandlung, zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Gesundheit, die eine wirtschaftliche Leistungserbringung darstellt.</p>	
Artikel 2	Gegenstand der Versicherung		
	<p>Im Rahmen dieser AVB trägt UNIQA die Kosten der ambulanten und stationären Behandlung bei Krankheit oder Unfall. Diese AVB entsprechen dem Versicherungsprodukt „INFINITY“, das als Ergänzung zur schweizerischen Pflichtversicherung KVG, aber auch als internationale Versicherung für die Wahlversorgung gilt, die nicht von der KVG-Krankenversicherung abgedeckt wird.</p>		
Artikel 3	Definitionen		
Krankheit	<p>a) Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen ist und eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit verursacht.</p> <p>b) Jede bei abgeschlossener Geburt des Kindes vorhandene Krankheit gilt als angeborene Krankheit.</p>		

Medikamente

Von einem Arzt verschriebene Arzneimittelbehandlung, die in der Regel durch das KVG oder durch die Sozialversicherung des Behandlungslandes abgedeckt ist. Mangels eines Verweises in der Gesetzgebung des Behandlungslandes erfolgt die Versicherungsdeckung analog zur Liste der vom KVG üblicherweise anerkannten Medikamente.

Kuren

Eine Thermal- oder Genesungskur liegt vor, wenn die versicherte Person einen vorübergehenden Aufenthalt außerhalb ihres Hauses in einem von den zuständigen Behörden anerkannten Kurort macht. Die versicherte Person unterzieht sich unter ärztlicher Aufsicht der vom behandelnden Arzt angeordneten Heilbehandlung.

Medizinische Hilfskraft

Jede Fachkraft, die an dem Ort, an dem die Pflege und Behandlung erfolgt, über einen gesetzlich anerkannten Titel verfügt, der es ihr ermöglicht, ihren Beruf auszuüben, auf ärztliches Rezept handelt und den Ärzten bei der Pflege und Behandlung von Kranken oder Unfallopfern hilft.

Versicherungsprogramm

Das Versicherungsprogramm deckt, im Rahmen der in der Police festgelegten Grenzen, gewöhnliche und angemessene Krankenhaus- und Ambulanzkosten, soweit diese durch Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft verursacht werden.

Versicherungsnehmer

- a) Die Person, die einen Vertrag mit dem Versicherer abgeschlossen hat.
- b) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, Änderungen der personenbezogenen Daten an UNIQA zu melden.

Versicherter

Jede Person, die in der Versicherungspolice genannt ist.

Wohnsitzland

Das Land, in dem der Versicherte hauptsächlich seinen Wohnsitz hat. Im Zweifelsfall ist das vom Versicherer KVG gewählte Wohnsitzland maßgebend.

B. UMFANG DER GARANTIE

Artikel 4 Versicherungsdeckung

Die Versicherungsdeckung ist in der Versicherungspolice festgelegt

Artikel 5 Territoriale Deckung

Der Versicherungsdeckung ist weltweit gültig, außer in den USA, aber Behandlungen, die in Notfällen durchgeführt werden, sind in den USA abgedeckt. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person, die sich vorübergehend in den USA aufhält, eine medizinische Behandlung benötigt und eine Rückkehr in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person ins Ausland reist, um sich dort einer solchen Behandlung zu unterziehen. Zur Vermeidung von Missverständnissen: In den USA werden die Kosten nur in Ergänzung zum KVG übernommen.

Artikel 6 Altersgrenzen

Das maximale Eintrittsalter beträgt Sechzig (60) Jahre. Die Altersgrenze wird für jede Mitgliedschaft aufgehoben, die aus einer Freizügigkeitsleistung resultiert.

Artikel 7 Einschränkung des Umfangs der Garantie

a) Stellt das Versicherungsunternehmen fest, dass die Kosten der erbrachten Behandlung den angemessenen und üblichen Satz für diese Leistung übersteigen, kann es die Erstattung auf den in der Region des medizinischen Dienstleisters üblichen und angemessenen Satz beschränken.

Von der Versicherung ausgeschlossen sind die folgenden Punkte:

b) Jede Behandlung, die von einem plastischen Chirurgen durchgeführt wird, um das Aussehen des Versicherten zu verbessern, auch wenn eine solche Behandlung von einem Arzt verschrieben wird. Einzige Ausnahme ist die rekonstruktive Chirurgie zur Wiederherstellung der Funktion oder Verbesserung des Aussehens nach einer Entstellung durch Unfall oder nach einer Krebsoperation, sofern die Krankheit oder der Unfall während der Mitgliedschaft des Versicherten eingetreten ist.

c) Jede Krankheit, die durch übermäßigen Alkoholkonsum oder die Verwendung illegaler Substanzen verursacht oder verschlimmert wird oder deren Behandlung wirkungslos geworden ist.

d) Pflege oder Behandlung gegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit und zur Raucherentwöhnung.

e) Jede Form der künstlichen Befruchtung, einschließlich der In-vitro-Reproduktion.

f) Geschlechtsumwandlung.

g) Jede chirurgische Maßnahme gegen Fettleibigkeit und ihre medizinischen Folgen.

h) Jede Sterilisationsbehandlung und ihre möglichen Folgen sowie alle Verhütungsmaßnahmen.

i) Im Falle einer Schwangerschaft gilt für Frauen, die als Angehörige im Sinne von Artikel 28 d definiert werden, eine Wartezeit von zwölf (12) Monaten zwischen Vertragsbeginn und dem Tag der Entbindung.

j) Krankheiten oder Unfälle, unter denen Versicherte als Rekruten oder Freiwillige in Kriegszeiten leiden können, da die Versicherung ihnen gegenüber ausgesetzt wird.

k) Tätigkeiten, die als riskante Unternehmungen angesehen werden, von denen bekannt ist, dass sie gefährlich sind und bei denen keine angemessenen Maßnahmen zur Verringerung des eingegangenen Risikos ergriffen wurden, einschließlich bestimmter gefährlicher Sportarten.

l) Die Folgen von Verletzungen, die sich aus der Teilnahme an einer professionellen Sporttätigkeit ergeben.

m) Sportluftfahrt-, Flug- oder Sprungunfälle (Flugzeuge, Segelflugzeuge, Hängegleiter, Drachenflieger, Gleitschirme, Ultraleichtflugzeuge, Fallschirme oder ähnliche Geräte oder Ausrüstungen), wenn diese Flüge oder Sprünge entgegen den Anweisungen der Behörden oder ohne Einholung behördlicher Genehmigungen und Zertifikate durchgeführt werden.

n) Flugunfälle werden nur dann gedeckt, wenn sich der Versicherte oder Begünstigte an Bord eines Luftfahrzeugs mit einer gültigen Lufttüchtigkeitsbescheinigung befindet und das von einem Piloten gesteuert wird, der über eine Bescheinigung und eine noch nicht abgelaufene Lizenz für den betreffenden Luftfahrzeugtyp verfügt, wobei der Pilot der Versicherungsnehmer selbst sein kann.

o) Die Folgen eines Aufstands oder von Unruhen, wenn die versicherte Person durch ihre Teilnahme gegen die geltenden Gesetze verstoßen hat; ebenso sind die Folgen von Schlägereien ausgeschlossen, außer in Fällen der Notwehr.

p) Krankheiten oder Unfälle, die unmittelbare Folgen von Straftaten oder vorsätzlich begangenen Straftaten sind. Ausgeschlossen sind insbesondere Unfälle, die durch das Fahren im alkoholisierten Zustand oder durch den Konsum illegaler Substanzen verursacht werden.

q) Krankheiten oder Unfälle, die sich während Militärzeiten im Ausland ereignen.

r) Die Folgen von Kriegsereignissen, es sei denn, der Versicherungsfall tritt innerhalb von 30 Tagen nach Ausbruch von Feindseligkeiten in dem Land ein, in dem sich die versicherte Person aufhält, und sie von den Ereignissen überrascht wurde.

s) Gesundheitsschäden durch ionisierende Strahlung und die Gefahren der Kernenergie bei schweren Unfällen. Versichert sind jedoch die Auswirkungen von Strahlenbehandlungen, die der Arzt für versicherte Krankheiten in Auftrag gegeben hat.

t) Die Folgen von Terrorakten.

Artikel 8 Sonstige Versicherungen

a) Ist der Versicherte Sozialversicherungsnehmer, so muss jeder Erstattungsantrag zunächst bei den Sozialverbänden eingereicht werden, bevor er an das Versicherungsunternehmen weitergeleitet wird.

b) Werden die Kosten von mehreren Privatversicherungen nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) übernommen, so werden die durch diesen Vertrag gedeckten Kosten nur im Verhältnis zu den von allen betroffenen Versicherungsunternehmen zusammen garantierten Leistungen übernommen. Eine von einem anderen Versicherungsunternehmen vorgenommene Minderung ist nicht erstattungsfähig.

C. LEISTUNGEN

Artikel 9 Aufstellung und Umfang der Leistungen

Die Aufstellung und Umfang der Leistungen sind im „Leistungsverzeichnis“ in Abschnitt H dieser AVB angegeben.

Artikel 10 Spitalkosten

Die Garantie umfasst insbesondere die Rückerstattung von:

a) Kosten für Unterkunft und Verpflegung in einem Krankenhaus oder einer Klinik in einer halbprivaten oder privaten Station (Tagessatz);

b) Arzthonoraren;

c) Kosten für wissenschaftlich anerkannte diagnostische und therapeutische Maßnahmen;

d) Kosten für die vom Arzt verordneten Leistungen von diplomiertem Krankenpersonal;

e) Kosten für Medikamente, Behandlungs- und Narkosegeräte, Operationssaalkosten;

Artikel 11 Direkte Zahlung von Spitalkosten

Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes werden die Kosten direkt von UNIQA an das Krankenhaus gezahlt, sofern dieses sich zuvor mit UNIQA in Verbindung gesetzt hat.

Artikel 12 Ambulante Behandlung

Die Versicherten haben völlige Freiheit bei der Wahl von Ärzten und medizinischen Dienstleistern. Im Falle einer medizinischen Notwendigkeit können die Kosten, die durch die Intervention mehrerer Ärzte für eine Behandlung entstehen, vom Versicherungsunternehmen übernommen werden.

Artikel 13 Kuren

a) Kuren bedürfen einer vorherigen Zustimmung seitens von UNIQA gemäß Artikel 16.

b) Im Falle einer Genesungskur muss der Versicherte die ärztliche Verschreibung mit Angaben zur Einrichtung, zur Dauer und zum Grund spätestens fünf Kalendertage vor Beginn der Kur zwecks einer vorherigen Zustimmung seitens von UNIQA einreichen. Genesungskuren müssen in Einrichtungen durchgeführt werden, die von den zuständigen Behörden des Landes, in dem sich die Einrichtung befindet, anerkannt sind, und unter der Bedingung, dass ein Krankenhausaufenthalt des Patienten mit Operation oder für mindestens 10 Tage ohne Operation vorausging, wobei die Kur innerhalb von sieben Kalendertagen nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes beginnen muss.

c) Im Falle einer Thermalkur muss der Antrag auf vorherige Zustimmung zu einer Kur spätestens zehn Kalendertage vor dem geplanten Beginn der derselben durch eine ärztliche Verschreibung mit Angabe zur Einrichtung, zur Dauer und zum Grund begründet werden.

d) Die ärztliche Verschreibung muss durch eine Anamnese ergänzt werden, in der die Ergebnisse der ärztlichen Behandlung vor dem Antrag auf Kur, das Programm der ärztlichen Behandlungen im Rahmen der Kur und das erwartete Ergebnis in Bezug auf die Heilung oder Konsolidierung des Gesundheitszustandes des betreffenden

Versicherten angegeben sind. Thermalkuren müssen in Einrichtungen durchgeführt werden, die von den zuständigen Behörden des Landes, in dem sich die Einrichtung befindet, anerkannt sind.

e) Wird die Kur- oder Genesungsbehandlung außerhalb des Wohn- oder Gastlandes verschrieben, muss der Arzt bestätigen, dass es vor Ort keinen gleichwertigen Kurort gibt.

f) Die Anzahl der Kurtage ist auf 28 Tage pro 2 Jahre begrenzt.

g) Höhen-, Verjüngungs-, Ruhe-, Fitness- und Luftkuren gelten nicht als Kuren im Sinne dieser AVB.

h) Erfolgt vor Beginn der Behandlung keine Antwort von UNIQA, so gilt die Zustimmung stillschweigend als erteilt.

Artikel 14 Kosten für Zahnbehandlung

Die im Rahmen der Deckung übernommenen Kosten für Zahnbehandlung umfassen alle zahnärztlichen Leistungen eines Zahnarztes, die gemäß Artikel 3) dieser AVB anerkannt sind.

Artikel 15 Mutterschaft und Entbindung

Schwangerschaft und Entbindung sind auf halbprivaten oder privaten Stationen abgedeckt.

Im Falle einer durch das Versicherungsunternehmen abgedeckten Entbindung übernimmt dieser nur die üblichen Kosten der Standardversorgung des Neugeborenen, solange die Mutter im Krankenhaus bleibt. Das Versicherungsunternehmen übernimmt daher die Kosten für die medizinische Versorgung des Kindes nicht, es sei denn, das Kind wurde von Geburt an in das Versicherungsprogramm aufgenommen.

Die Kosten für die Geburt werden nur übernommen, wenn die Geburt in der Schweiz oder im Wohn- oder Gastland der versicherten Person stattfindet.

Artikel 16 Vorherige Zustimmung

a) Leistungen, die einer vorherigen Zustimmung bedürfen, sind im Leistungsverzeichnis in Abschnitt H aufgeführt.

b) Das Verfahren der vorherigen Zustimmung verpflichtet den Versicherten, die ärztliche Verschreibung mit dem Namen des Leistungserbringers, der geschätzten Dauer der Behandlung, den geschätzten Kosten und dem medizinischen Grund in einem

vertraulichen Schreiben an den Vertrauensarzt von UNIQA zu übermitteln, damit dieser die medizinische Notwendigkeit und Effizienz der Behandlung überprüfen kann.

c) Der Antrag auf vorherige Zustimmung muss UNIQA spätestens innerhalb der für die betreffenden Dienstleistungen angegebenen Fristen erreichen.

d) UNIQA hat dem Versicherten vor dem geplanten Behandlungstermin eine schriftliche Antwort oder auf andere Weise, die den Nachweis durch einen Text ermöglicht, zu geben.

e) Erfolgt vor dem geplanten Behandlungstermin keine Antwort von UNIQA, so gilt die Vereinbarung stillschweigend als zustande gekommen.

f) Mangels eines Antrags auf vorherige Zustimmung durch den Versicherten ist das Versicherungsunternehmen berechtigt, die Erstattung der Leistung zu verweigern, es sei denn, dass

- o Aus den Umständen ergibt sich, dass das Fehlen des Antrags auf vorherige Zustimmung nicht dem Versicherten oder dem Anspruchsberechtigten zuzuschreiben ist;
- o Der Versicherte weist nach, dass das Fehlen der vorherigen Zustimmung keine Auswirkungen auf den Versicherungsfall und den Umfang der vom Versicherungsunternehmen zu erbringenden Leistungen hatte.

D. PRÄMIEN

Artikel 17 Berechnung der Prämie

Sofern nicht anders vereinbart, ist die Prämie monatlich zu Beginn des Monats fällig.

Artikel 18 Nichtzahlung von Prämien

a) Wird die Prämie nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist gezahlt, so fordert das Versicherungsunternehmen den Versicherungsnehmer auf, sie innerhalb von 14 Tagen zu zahlen, wobei er ihn auf die Folgen der Verzögerung aufmerksam macht.

b) Bleibt die Aufforderung unbeantwortet, so wird die Leistungspflicht des Versicherungsunternehmens ausgesetzt, sobald die Zahlungsfrist abgelaufen ist.

c) Wird die Prämie später vom Versicherungsunternehmen in Rechnung gestellt oder akzeptiert, so tritt der Vertrag

wieder in Kraft, sobald die überfällige Prämie einschließlich Verzugszinsen und -gebühren gezahlt wurde.

Artikel 19 Änderung der Prämienätze

a) Das Versicherungsunternehmen kann den Prämienatz ändern. Im Falle einer Änderung des Prämienatzes teilt das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer die neuen Prämien spätestens 90 Tage vor Ende des Versicherungsjahres mit.

b) Der Versicherungsnehmer hat daraufhin das Recht, den Vertrag zum Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Die Kündigung muss dem Versicherungsunternehmen spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres zugehen, um gültig zu sein. In Ermangelung einer Kündigung wird die Zustimmung zur Anpassung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers stillschweigend angenommen.

c) Eine versicherte Person, die im Laufe des Jahres das Höchstalter für ihre Altersgruppe erreicht, wird zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächste Altersgruppe versetzt. Führt der Wechsel der Altersgruppe zu einer Erhöhung der Prämie, so gelten die Buchstaben a und b entsprechend.

E. SCHADENFÄLLE

Artikel 20 Schadensmeldung

Der Versicherte verpflichtet sich, alles in seiner Macht Stehende zu tun, um die Art und die Ursachen der Erkrankung sowie die Folgen eines Unfalls festzustellen. Er ist verpflichtet, sich auf Aufforderung des Versicherungsunternehmens einer Untersuchung durch dessen Vertrauensarzt zu unterziehen und, wenn die Genesung davon abhängt, sich in eine Krankenhauseinrichtung zu begeben.

Artikel 21 Informationspflicht

a) Der Versicherte verpflichtet sich, dem Versicherungsunternehmen alle Informationen zur Verfügung zu stellen, die bei der Beurteilung eines Versicherungsfalles hilfreich sein können. Das Versicherungsunternehmen ist berechtigt, von den Ärzten, die den Versicherten behandeln oder behandelt haben, Auskunft über seinen Gesundheitszustand zu verlangen, sofern diese Informationen zur Bestimmung des

Umfangs des Leistungsanspruchs notwendig sind. Das Versicherungsunternehmen kann insbesondere ärztliche Atteste und andere Unterlagen verlangen; er hat das Recht, den Versicherten von einem oder mehreren Ärzten seiner Wahl untersuchen zu lassen.

b) Das Versicherungsunternehmen ist berechtigt, vom Versicherten eine Übersetzung ins Englische oder Französische von jeglichen Nachweisen oder anderen Dokumenten zu verlangen, die die Kosten der Behandlung rechtfertigen.

Artikel 22 Verweigerung der Information

Verstößt die versicherte Person gegen die in Artikel 21 genannten Verpflichtungen, verliert sie den Anspruch auf ihre Leistungen, bis sie diese Verpflichtungen wieder erfüllt. Das Versicherungsunternehmen setzt zur Erfüllung all dieser Verpflichtungen eine zusätzliche Mahnfrist von 14 Tagen. Nach Ablauf dieser Frist werden die Leistungen eingestellt, vorbehaltlich der Bestimmung in Artikel 45 Absatz 1 Buchstabe a) und b) VVG (d. h. die Verletzung ist nicht dem Versicherten oder dem Anspruchsberechtigten zuzurechnen; oder der Versicherte weist nach, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Umfang der Leistungen hatte). Nach Art. 45 Abs. 3 VVG kann die ohne eigenes Verschulden in Verzug befindliche Person, sobald die Verhinderung beseitigt ist, dem Versicherungsunternehmen die notwendigen Informationen übermitteln.

Artikel 23 Wirtschaftliche Klausel

Der Versicherte ist für jeden Schadenfall verpflichtet, alles in seiner Macht Stehende zu tun, um den Schaden zu begrenzen.

Artikel 24 Mitteilungen und Anschrift

Alle Mitteilungen, die dem Versicherungsnehmer obliegen, müssen zu ihrer Gültigkeit schriftlich oder durch ein anderes Mittel, das den Nachweis durch Text ermöglicht, direkt an die UNIQA Österreich Versicherungen AG, Wien, Niederlassung Zürich, C/O Repräsentanz Avenue de la Praille 26, 1227 Carouge (Genf), Schweiz, gesandt werden ;

contact@uniqa.ch

Das Versicherungsunternehmen übermittelt jede Mitteilung an die ihm vom Versicherungsnehmer schriftlich oder auf eine andere Weise, die den Nachweis durch Text ermöglicht, zuletzt mitgeteilte Adresse.

F. INKRAFTTRETEN, LAUFZEIT UND KÜNDIGUNG

Artikel 25 Laufzeit und Kündigung

a) Der Vertrag tritt in Kraft, sobald das Versicherungsunternehmen dem Versicherungsnehmer die Police ausgestellt oder die Annahme seines Antrags bestätigt hat, jedoch nicht vor dem vereinbarten und in der Police angegebenen Tag (Vertragsbeginn).

b) Der Vertrag wird zunächst für einen Zeitraum von mindestens einem Kalenderjahr abgeschlossen.

c) Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, den Vertrag nach einer ununterbrochenen Versicherungsdauer von einem Jahr unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres ordentlich zu kündigen. Die Kündigung ist rechtzeitig eingebracht, wenn sie spätestens am letzten Tag des Monats vor Beginn der Kündigungsfrist bei UNIQA einlangt.

d) Der Vertrag wird von Jahr zu Jahr stillschweigend verlängert, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer wie oben unter lit. c) beschrieben gekündigt wird.

e) Der Versicherungsnehmer ist weiters berechtigt, nach jedem Schadenfall, für den UNIQA eine Leistung zu erbringen hat, vom Vertrag zurückzutreten. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag innerhalb von 14 Tagen nach Auszahlung der Entschädigung oder entsprechender Kenntnisnahme kündigen. Der Versicherungsschutz erlischt mit dem Zeitpunkt, in dem UNIQA davon Kenntnis erhält.

f) Der Versicherungsnehmer ist überdies berechtigt, den Vertrag aus wichtigen Gründen jederzeit zu kündigen.

g) Darüber hinaus hat UNIQA kein Recht zur ordentlichen Kündigung oder zur Kündigung im Schadensfall. UNIQA behält sich das Recht vor, den Vertrag nur in den in Art. 27 dieser AVB genannten Fällen zu kündigen.

Artikel 26 Individuelle Versicherungsdeckung

a) Der Versicherer entscheidet, ob er den Versicherer unter normalen oder begrenzten Bedingungen aufnimmt oder die Versicherung ablehnt. Der Versicherer bestimmt sich selbst auf der Grundlage der ihm zur Verfügung

stehenden Unterlagen, insbesondere des von dem Versicherungsnehmer ausgefüllten medizinischen Fragebogens. Er ist berechtigt, seine Entscheidung von zusätzlichen Angaben des Versicherungsnehmers oder von einer ärztlichen Untersuchung, die der Versicherer auf seine Kosten durchführen lässt, abhängig zu machen, wenn er es für erforderlich hält. Der Antragsteller ist verpflichtet, die gestellten Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten und darf keine Tatsachen verschweigen, die die Entscheidung des Versicherers über seinen Gesundheitszustand beeinflussen könnten.

b) Nach Erhalt der angeforderten Informationen verpflichtet sich der Versicherer, den Versicherungsantragsteller innerhalb von zehn (10) Arbeitstagen über seine Entscheidung zu informieren, den Versicherungsschutz zu akzeptieren oder nicht. Im Falle eines positiven Entscheids des Versicherers wird der Beitritt rückwirkend am Tag des Versicherungsantrags des Versicherten bestätigt, maximal jedoch ab dem ersten Tag des laufenden Monats. Der Versicherungsnehmer erhält dann seine Versicherungspolice sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Wenn die Mitgliedschaft nach einer Übertragung aus einem Kollektivvertrag erfolgt, gelten die Bedingungen für die Übertragung der kollektiven INFINITY AVB.

Artikel 27 Beendigung der Versicherungsdeckung

Der Versicherungsschutz endet:

- a) bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer.
- b) bei Kündigung durch den Versicherer bei Zahlungsverzug des Versicherungsnehmers.
- c) wenn der Versicherungsnehmer nicht mehr der obligatorischen Sozialversicherung BVG untersteht.
- d) wenn der Wohnsitz des Versicherungsnehmers ins Ausland verlegt wird.

UNIQA verzichtet auf das Recht zur ordentlichen Kündigung und zur Schadenersatzkündigung (Art. 42 Abs. 1 LCA). UNIQA behält sich jedoch das Recht vor, die Police im Falle von Betrug oder Betrugsversuch sowie im Falle der Verheimlichung gemäß Artikel 30 zu kündigen.

G. VERSCHIEDENES

Artikel 28 Ärztliche Schweigepflicht

Der Versicherte befreit alle Ärzte, die er vor und nach seiner Zulassung zur Versicherung konsultiert hat, vom Berufsgeheimnis gegenüber dem Versicherungsunternehmen und dessen Vertrauensärzten.

Das Versicherungsunternehmen verpflichtet sich, alle ihm zur Verfügung gestellten Informationen und die Ergebnisse der ihm bekannt gewordenen Untersuchungen und Analysen streng vertraulich zu behandeln.

Artikel 29 Abtretung der Ansprüche

Der Versicherte tritt seine Rechte an das Versicherungsunternehmen bis zur Höhe der vom Versicherer gezahlten Leistungen ab.

Der Versicherte ist verpflichtet, unter Androhung des Forderungsausfalls diese Abtretung auf Anfrage des Versicherungsunternehmens schriftlich zu bestätigen.

Artikel 30 Obligatorische Meldungen, verletzung der Anzeigepflicht und ihre Folgen

a) Der Antragsteller hat dem Versicherungsunternehmen in einem Fragebogen oder in Beantwortung sonstiger Fragen alle Tatsachen anzugeben, die für die Beurteilung des Risikos erheblich sind und die ihm bekannt sind oder bekannt sein müssen. Die Fragen des Versicherungsunternehmens und die Mitteilung des Antragstellers müssen schriftlich oder in einer anderen Form übermittelt werden, die den Beweis des ersten Anscheins erbringt. die es ermöglichen, den Nachweis durch Text zu erbringen.

Wesentlich sind alle Tatsachen, die geeignet sind, die Entschlossenheit des Versicherungsunternehmens zu beeinflussen, den Vertrag abzuschließen oder ihn zu den vereinbarten Bedingungen abzuschließen.

Als erheblich gelten alle Tatsachen, zu denen das Versicherungsunternehmen genaue und unzweideutige Fragen gestellt hat.

b) Hat der zur Beantwortung der Fragen nach Absatz a) Verpflichtete eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste (Anzeigepflichtverletzung) und über die er befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist das Versicherungsunternehmen berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit dem betreffenden Versicherten schriftlich oder durch ein anderes Mittel, das den Nachweis durch Text ermöglicht, zu kündigen.

c) Die Kündigung wird wirksam, wenn sie dem betroffenen Versicherten zugeht.

d) Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen nach Kenntnisnahme der Verletzung der Anzeigepflicht seitens des Versicherungsunternehmens .

Endet die Versicherungsverhältnis mit dem betroffenen Versicherten durch Kündigung nach Buchstabe c), so entfällt die Verpflichtung des Versicherungsunternehmens zur Erbringung von Leistungen auch für bereits entstandene Ansprüche, wenn die Tatsache, die Gegenstand der Verletzung der Anzeigepflicht war, den Eintritt oder das Ausmaß des Anspruchs beeinflusst hat. Soweit er für einen solchen Anspruch bereits eine Leistung erbracht hat, hat das Versicherungsunternehmen Anspruch auf Erstattung.

Artikel 31 Erfüllungsort und Gerichtsstand

Die Verpflichtungen aus dieser Versicherung müssen vor Ort und in Schweizer Währung erfüllt werden.

Gerichtsstand ist Zürich als Sitz der Schweizer Niederlassung oder Genf als Sitz der Vertretung des Versicherungsunternehmens in Genf oder der Wohnsitz des Versicherten oder des Begünstigten in der Schweiz.

Artikel 32 Schlussbestimmungen

Die verbindliche Version der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ist die französische Version.

H. LEISTUNGSVERZEICHNIS

Das Leistungsverzeichnis ist integraler Bestandteil dieser AVB.

LEISTUNGEN	BEDINGUNGEN NACH VORHERIGER ZUSTIMMUNG LAUT ARTIKEL 16 DER AVB INFINITY	JÄHRLICHE GRENZWERTE
Versicherungsgrenze pro Kalenderjahr		3,000,000 CHF
VVG-Deckung		Zusätzliche Deckung zu den Basisleistungen gemäss KVG
Territoriale Deckung		Weltweit mit Ausnahmen USA und Kanada, ausser bei medizinischen Notfällen
STATIONÄRE BEHANDLUNGEN		
Krankenhausaufenthalt auf Privatstation	NEIN	100%
Psychiatrischer Krankenhausaufenthalt auf Privatstation	NEIN	höchstens 25,000 CHF
Medizinische Versorgung während des Krankenhausaufenthaltes	NEIN	100%
Arzthonorare	NEIN	100%
Aufenthalt in der Rehaklinik	NEIN	100%
Krankenhausaufenthalt mit Palliativkuren	NEIN	30 Tage im Leben
AMBULANTE BEHANDLUNGEN		
Ambulante medizinische Behandlungen durch den Arzt	NEIN	100%
Kosten für Medikamente	NEIN	100%
Häuslicher Krankenpflagedienst	NEIN	2,500 CHF
Physiotherapie, Logopädie	NEIN	2,500 CHF
Krankentransport	NEIN	2'500 CHF
Alternative Medizin	NEIN	12 Konsultationen jährlich, max. 60 CHF pro Konsultation
Psychiatrie und Psychotherapie	NEIN	12 Konsultationen jährlich, max. 1.200 CHF
Medizinische Hilfsmittel	NEIN	15.000 CHF in einem Zweijahreszeitraum
Thermal- oder Genesungskur	JA gemäß Artikel 13 AVB	Max. 50 CHF pro Tag – max. 28 Tage in einem Zweijahreszeitraum
Impfung		
Medizinisches Check-up	NEIN	600 CHF
AUGENOPTIK		
Augenoptik (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen)	NEIN	850 CHF in einem Zweijahreszeitraum
ZAHNBEHANDLUNGEN		
Maximale jährliche Deckung		6,000 CHF
Zahnbehandlungen	NEIN	80%, max 3,000 CHF
Zahnprothesen und Kieferorthopädie	NEIN	80%, max 3,000 CHF
ENTBINDUNG		
Entbindung im Krankenhaus auf Privatstation	NEIN	100%
Hausgeburt	NEIN	2,000 CHF