

ZUSATZVERSICHERUNGEN

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

Ausgabe 2013

Kundeninformation

Wir sind gesetzlich verpflichtet, Sie vor dem Vertragsabschluss verständlich und transparent auf einige wichtige Vertragsgrundlagen besonders hinzuweisen.

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 ist versichert?
- Was ist versichert bzw. was ist nicht versichert?
- Welche Pflichten hat die versicherte Person?
- Wann besteht Anspruch auf Leistungen?
- Wie werden die Leistungen berechnet?
- Wie berechnet sich die Prämie?
- Wie lange läuft der Vertrag?
- Welche Daten werden durch wen und zu welchem Zweck bearbeitet?

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Allgemeine Versicherungsbestimmungen	4
Zusatzversicherungen COMPLETA TOP und COMPLETA PRAEVENTA	7
Zusatzversicherung SUPPLEMENTA	10
Zusatzversicherung OPTIMA	10
Spitalversicherung HOSPITA	11
Zahnbehandlungsversicherung DENTA	15
Unfallversicherung INFORTUNA	16
Taggeldversicherung SALARIA nach VVG	18
Glossar	22

I Allgemeines

! Versicherungsträgerin bei den Zusatzversicherungen ist, falls in den Zusatzbedingungen nicht anders erwähnt, die SWICA Krankenversicherung AG, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur, nachstehend SWICA genannt.

Bei der Zusatzversicherung INFORTUNA ist die SWICA Versicherungen AG, Römerstrasse 37, 8401 Winterthur, Versicherungsträgerin.

Art. 1 Wer ist für die Betreuung von Versicherten zuständig?

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?

- Ihr Versicherungsvertrag – sowohl bei einzel- wie bei kollektiv-versicherten Personen – setzt sich zusammen aus:
 - Ihrem Versicherungsantrag,
 - dem Versicherungsausweis (Police),
 - diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen,
 - den Zusatzbedingungen,
 - den allfälligen Besonderen Vereinbarungen.
- Für die Zusatzversicherungen gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

II Umfang der Versicherung und Begriffsbestimmungen

Art. 3 Was ist versichert?

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

Art. 4 Wie können Sie sich versichern?

Folgende Leistungen können versichert werden:

- die Pflegekosten für Krankheit, Unfall und Mutterschaft gemäss den Zusatzversicherungen für diesen Versicherungszweig,
- Taggelder gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für diesen Versicherungszweig,
- Kapitalleistungen für den Invaliditätsfall und den Todesfall gemäss den Zusatzbedingungen.

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 Zusätze, die Sie zur Grundversicherung 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.

Art. 6 ! Welche Behandlungen werden bezahlt?

SWICA übernimmt die Kosten von Heilbehandlungen oder Präventionsmassnahmen, 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 Zusatzbedingungen für die Zusatzversicherungen erwähnten Listen und Verzeichnisse der Leistungserbringer werden der versicherten Person jederzeit zur Verfügung gestellt. 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:

- Für Folgen von kriegerischen Ereignissen
 - in der Schweiz,
 - im Ausland. Wird der Versicherte jedoch in dem Land, in welchem er sich aufhält, vom Ausbruch solcher Ereignisse überrascht, erlischt der Versicherungsschutz erst 14 Tage nach ihrem erstmaligen Auftreten;
- Für Folgen von Unruhen aller Art und der dagegen ergriffenen Massnahmen, ausser die versicherte Person beweise, dass sie nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
- Im Zusammenhang mit dem Dienst in einer ausländischen Armee;
- Bei Erdbeben oder Meteoreinschlägen;
- Anlässlich oder als Folge der Begehung eines Verbrechens oder Vergehens oder beim Versuch dazu;
- Als Folge der Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
- Als Folge von Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere provoziert;
- Bei 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;
- Bei Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen irgendwelcher Art sowie beim Training dazu;
- Bei Krankheiten oder Unfällen infolge ionisierender Strahlen;
- Bei vorsätzlicher Herbeiführung des versicherten Ereignisses durch die versicherte oder eine andere anspruchsberechtigte Person;
- 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.

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 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.

Art. 12 Wann kann die Versicherung aufgelöst werden?

1. **!** 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 Versicherten nicht fristgerecht gekündigt wird.
2. Kündigen können Sie auf das Ende eines Kalenderjahrs. Es ist eine dreimonatige Kündigungsfrist einzuhalten.
3. Nach jedem Krankheitsfall oder Unfallereignis, für welche SWICA eine Leistung erbringt. Spätestens 14 Tage nach Erhalt der Leistung kann der Versicherungsnehmer den entsprechenden Teil des Vertrags kündigen. Die Deckung erlischt 14 Tage nach Eintreffen der Mitteilung bei SWICA. SWICA verzichtet auch auf das Kündigungsrecht bei Vertragsablauf.
4. SWICA verzichtet auf das ihr zustehende Recht, nach Eintritt eines versicherten Ereignisses den Vertrag für eine Zusatzversicherung aufzulösen, ausser in Fällen von versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch. In diesen Fällen kann SWICA innert 14 Tagen nach Kenntnisnahme des Sachverhalts kündigen.
5. Auch ohne Kündigung erlischt eine Zusatzversicherung automatisch, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort länger als drei Monate im Ausland hat. Zusatzbedingungen oder besondere Vereinbarungen mit SWICA bleiben vorbehalten.
6. Ansonsten erlischt die Versicherung durch Tod des Versicherten, Kündigung des Vertrags oder Rücktritt vom Vertrag.
7. Die schriftliche Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist bei SWICA eingetroffen ist.

Art. 13 Was geschieht nach Auflösung der Versicherung?

- a) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Spätfolgen und Rückfälle daraus, die nach Erlöschen der Versicherung eintreten, sind nicht versichert.
- b) **!** Der Leistungsanspruch endet in jedem Fall mit der Auflösung des Vertrags.

IV Prämienzahlung

Art. 14 Wann werden die Prämien fällig?

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

Art. 15 Verspätete Zahlung

1. **!** 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. Im Übrigen gilt Art. 13 sinngemäss.
2. Ruhende Zusatzversicherungen können gegen Nachzahlung der ausstehenden Prämien und Kosten (Verzugszinsen, Mahnspesen, Betreibungskosten) wieder in der ursprünglichen Höhe in Kraft gesetzt werden, und zwar ohne Rücksicht auf den Gesundheitszustand der versicherten Person innerhalb von drei Monaten ab der Einstellung; sofern der Nachweis eines befriedigenden Gesundheitszustands erbracht wird, auch nach Ablauf der vorgenannten Frist. Die Deckung lebt vom Zeitpunkt der Zahlung an wieder auf.
3. SWICA ist befugt, von säumigen Versicherten verursachte Spesen wie Kosten für Mahnungen, Betreibungen und Verzugszinsen usw. zurückzufordern und mit Vergütungsansprüchen zu verrechnen.

V Prämienänderungen und Vertragsanpassung

Art. 16 Können Änderungen im Vertragsverhältnis eintreten?

Treten nach Abschluss des Versicherungsvertrags im Umfeld der sozialen Krankenversicherung oder im Verhältnis zwischen SWICA und Leistungserbringern Veränderungen ein, 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 schriftliche Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Kalenderjahrs bei SWICA eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrags.

Art. 17 Versicherung von Kindern und Jugendlichen

Für Versicherte, die vor dem vollendeten 18. Lebensjahr oder vor dem vollendeten 25. Lebensjahr 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, der nächsthöhere Tarif berechnet. Daraus ergibt sich ein ausserordentliches Kündigungsrecht nach Art. 16 hiervoor.

Art. 18 Versicherung nach Lebensaltertarif

Wählt ein Versicherter in den Zusatzversicherungen das Prämien-tarifmodell nach Lebensalter, so werden die Prämien regelmässig dem Lebensalter der versicherten Person angepasst. Daraus ergibt sich ein ausserordentliches Kündigungsrecht nach Art. 16 hiervoor. Der Versicherte 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.

Art. 19 **!** Wechsel des Berufs, der Tätigkeit oder des Wohnorts des Versicherten

Bei den Zusatzversicherungen sind für bestimmte Leistungsarten Prämienabstufungen nach Gefahrenklassen oder Wohnort vorgesehen. Wechselt die versicherte Person 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. 20 Wie erhalten Sie Ihre Vergütungen?

1. Pflegekosten
SWICA zahlt Ihnen innert dreissig 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 innert Monatsfrist einzusenden.
 - b) Spitalkosten:
Müssen Sie in ein Spital, in eine andere Heilanstalt oder zur Kur, so ist dies SWICA spätestens 14 Tage vor Eintritt, bei Notfällen innert 14 Tagen nach dem Eintritt, mitzuteilen. SWICA

erteilt innert 10 Tagen die Kostengutsprache. Die Rechnungen sind innerhalb eines Jahrs SWICA einzureichen. Haben Sie noch andere Versicherungen für Spalkkosten 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 Zff. 1.) und 2.) erfolgen in Schweizer Franken auf ein Schweizer Bankkonto.
4. Auskunftsrecht
SWICA ist berechtigt, Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse, zu verlangen. Die versicherte Person räumt SWICA das Recht ein, direkt entsprechende Belege und Auskünfte einzuholen sowie zur Abklärung von Versicherungsansprüchen eine Untersuchung durch einen von SWICA bezeichneten Arzt anzuordnen. Die versicherte Person hat zudem wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf den derzeitigen Fall sowie auf frühere Krankheiten und Unfälle bezieht. Die versicherte Person entbindet alle Ärzte und amtlichen Stellen sowie Versicherer und Anwälte, die sie behandelt, beraten oder versichert haben, von jeglicher Schweigepflicht gegenüber SWICA. Bei minderjährigen Versicherten haben die Inhaber der elterlichen Gewalt oder die Versicherungsnehmer die Beachtung der Pflichten durchzusetzen.

Art. 21 Folgen bei vertragswidrigem Verhalten

Bei Zuwiderhandeln gegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Zusatzbedingungen ist SWICA befugt, ihre 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 und nicht schuldhaft war. Der Versicherungsanspruch verfällt, wenn nach schriftlicher Mahnung durch SWICA nicht binnen vier Wochen sämtliche verlangten Belege beigebracht werden.

Art. 22 Bearbeitung von Personendaten durch SWICA

1. SWICA beschafft und verwendet personenbezogene Informationen der Versicherten in Übereinstimmung mit dem Datenschutzgesetz und dessen Verordnungen sowie den Sozialversicherungsgesetzen.
2. SWICA erhält bei der Etablierung eines Versicherungsverhältnisses (Beratungsgespräch, Versicherungsantrag, Vertragsabschluss) und während dessen Bestehen Kenntnis von personenbezogenen Informationen über Vertragspartner bzw. Versicherte. Im Besonderen erhält SWICA Kenntnis von besonders schützenswerten Informationen über den Gesundheitszustand von Versicherten und entsprechenden Behandlungen.
3. Persönliche Informationen speichert SWICA elektronisch oder in Papierform und bearbeitet sie, um die vertraglich vereinbarten Leistungen erbringen und um die Versicherten im Hinblick auf einen zuverlässigen und bedürfnisgerechten Versicherungsschutz beraten und betreuen zu können.
4. Weiter kann SWICA Daten mit mathematischen und statistischen Methoden auswerten, um aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse die Qualität und den Nutzen der Dienstleistungen und Produkte für bestehende, ehemalige und potenzielle Kunden weiter zu entwickeln und zu verbessern und diese darüber informieren zu können.

5. SWICA kann Dritte beauftragen, Dienstleistungen zugunsten der Kunden zu erbringen und diesen (z. B. andere beteiligte Versicherer, Vertrauensärzte, Behörden, Anwälte und externe Sachverständige, Rechenzentren) personenbezogene Daten für die Aufgabenerfüllung weiterleiten. SWICA verpflichtet in diesem Falle die Dritten zur Schweigsamkeit und zur Einhaltung der Datenschutznormen. Eine Datenweitergabe kann auch zum Zweck der Aufdeckung oder Verhinderung eines Versicherungsmissbrauchs erfolgen.
6. Die Personendaten werden nur solange bearbeitet und in einer Datenbank oder auf Papier aufbewahrt, wie es die gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen zwingend erfordern. Anschliessend werden die Personendaten wieder gelöscht.
7. SWICA gibt den Versicherten eine Versichertenkarte ab. Diese gilt als Ausweis über abgeschlossene Versicherungen gegenüber Leistungserbringern. Die Karte wird aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des KVG erstellt und enthält darüber hinaus Angaben entsprechend den EU-Normen als Nachweis des Versicherungsschutzes bei Aufenthalt im EU-Raum. Weiter sind Angaben zum Umfang der Versicherungsdeckung inkl. Zusatzversicherungen enthalten.

VII Verschiedenes

Art. 23 Erfüllungsort und Gerichtsstand

1. Die Verpflichtungen aus diesem Vertrag sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
2. 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. 24 Widerrufsrecht

Innerhalb der ersten sieben Tage nach der Unterzeichnung des Antrags hat der Antragsteller das Recht, seinen Antrag zu widerrufen. Der Widerruf muss mit eingeschriebenem Brief der SWICA Gesundheitsorganisation, Generaldirektion, Postfach, 8401 Winterthur, zugestellt werden.

Mit der Absendung der Widerrufserklärung erlischt der allenfalls bestehende provisorische sowie der definitive Versicherungsschutz auch rückwirkend.

Art. 25 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 Bestehen 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, die die anzeigepflichtige Person kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so kann SWICA innert vier Wochen nach Kenntnisnahme der Anzeigepflichtverletzung den Vertrag schriftlich kündigen sowie sämtliche seit Vertragsbeginn mit der Anzeigepflichtverletzung zusammenhängende Leistungen zurückfordern. Der Vertrag endet, sobald der Versicherte die Kündigung erhalten hat.

Art. 26 Übertritt von der Kollektiv- in die Einzelversicherung

1. Wer aus einer Kollektivversicherung von SWICA ausscheidet, hat das Recht, innert drei Monaten in die Einzelversicherung 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 Versicherten 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. 27 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 Versicherten keine Überentschädigung erwächst.
2. Bestehen für dieselben Kosten mehrere Versicherungen oder bestehen andere Ansprechpartner, welche ohne Versicherung bei SWICA leistungspflichtig wären, werden die Kosten insgesamt nur einmal vergütet. Der Anspruch auf Vergütung solcher Kosten besteht nur in dem Verhältnis, in welchem die durch SWICA gedeckten Kosten zum Gesamtbetrag der gedeckten Leistungen aller Versicherer stehen.
3. Bestreitet ein Dritter seine Leistungspflicht, so ist SWICA nicht verpflichtet, Leistungen zu erbringen.

4. Freiwillige Vorleistungen werden durch SWICA nur erbracht, wenn die versicherte Person ihre Rechte gegenüber Dritten an SWICA abtritt. SWICA kann dem Versicherten beim Durchsetzen seiner Rechte gegenüber Dritten Rechtsschutz gewähren.
5. Schliesst der Versicherte ohne vorherige Zustimmung von SWICA einen Vergleich mit Dritten ab, so entfällt die Leistungspflicht von SWICA.
6. SWICA ist nicht leistungspflichtig, wenn der Versicherte seine Forderung gegenüber einem Dritten nicht rechtzeitig geltend macht oder sich nicht um ihren Eingang bemüht.
7. Der Versicherte hat SWICA über Art und Ausmass sämtlicher Leistungen Dritter zu informieren. Bei Unterlassung kann SWICA die Leistungen verweigern oder kürzen.

Art. 28 Verrechnung und Rückforderung

Von SWICA irrtümlich erbrachte Leistungen sind vom Versicherten auf schriftliche Aufforderung hin zurückzuerstatten, hier besteht zugunsten von SWICA ein Verrechnungsrecht.

Art. 29 Verbot der Abtretung und der Verpfändung

Forderungen gegenüber SWICA dürfen weder abgetreten noch verpfändet werden.

VIII Schlussbestimmungen

Art. 30 Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen der versicherten oder anspruchsberechtigten Person sind an SWICA zu richten. Die Adressen finden Sie auf dem Versicherungsausweis. Der Versicherungsträger anerkennt alle derartigen Mitteilungen und Anzeigen als an ihn selbst gerichtet.
2. Alle Mitteilungen seitens SWICA bzw. des Versicherungsträgers erfolgen rechtsgültig an die von der versicherten oder anspruchsberechtigten Person zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

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. Fällt die COMPLETA TOP weg, so fällt automatisch auf denselben Zeitpunkt auch die COMPLETA PRAEVENTA dahin.
4. Bei Wohnsitznahme des Versicherten im Ausland fallen ebenfalls beide Produkte dahin.

Art. 2 Versicherbare Personen

Jede Person kann diese Zusatzversicherung beantragen, sofern ihr gesetzlicher Wohnsitz in der Schweiz liegt und sie das 60. Altersjahr noch nicht vollendet hat.

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. Die prozentuale Kostenbeteiligung des Versicherten wird in jedem SWICA-Versicherungszweig separat berechnet, wobei jeweils vom Gesamtumfang der Kosten auszugehen ist.
4. Von anderen Sozialversicherungen auferlegte Selbstbehalte sind nicht versichert.

III Leistungen von COMPLETA TOP in der Schweiz

Art. 4 Komplementärmedizin

1. Bezahlt werden die Kosten für SWICA-anerkannte, natürliche Heilverfahren, welche nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durchgeführt werden, sofern die Behandlung durch einen von SWICA anerkannten Arzt, einen von SWICA anerkannten

Naturheilarzt oder von einer Person, welche von SWICA zur Ausübung eines komplementärmedizinischen Hilfsberufes anerkannt ist, vorgenommen wird.

2. SWICA führt eine Liste der anerkannten Heilverfahren und ein Verzeichnis der anerkannten Therapeuten. Die Liste und das Verzeichnis werden laufend angepasst und können vom Versicherten eingesehen werden oder er kann Auszüge davon verlangen.
3. Falls keine anerkannten Tarife bestehen, basiert SWICA bei der Leistungsberechnung auf einem Tarif von 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 Gestehungskosten mit einem Zuschlag von max. 30 Prozent.
4. Als Medikamente gelten Präparate, die Swissmedic-registriert sind. Nicht bezahlt werden jedoch Wirkstoffe oder Präparate, für die Publikumsreklame bewilligt ist, die der Prävention von Krankheiten dienen, Kosmetika sind, der sexuellen Stimulation dienen, 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 kantonale anerkannte Fachausbildung verfügen oder Mitglied des Schweizerischen Psychotherapeuten-Verbandes (SPV) sein.

Art. 7 Mutterschaft/Stillgeld

SWICA bezahlt 200 Franken Stillgeld, wenn die Versicherte während wenigstens zehn Wochen ganz oder teilweise stillt.

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 an die ausgewiesenen Kosten für Haushalthilfen, die für Arbeiten im eigenen Haushalt des Versicherten 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 Brillengläser 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 Hilfsmittel, die Funktionsausfälle ausgleichen oder Körperteile ersetzen (ausgenommen Zahnprothesen und Sehhilfen) und die nicht als gesetzliche Pflichtleistung gelten, 90 Prozent der Kosten, höchstens 200 Franken pro Kalenderjahr.

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 Versicherten 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 Tarif der allgemeinen Abteilung der dem Wohnort des Versicherten nächstgelegenen öffentlichen Heilanstalt im Wohnkanton, höchstens 10 000 Franken pro Kalenderjahr.
2. Bei ambulanten Behandlungen übernimmt SWICA 50 Prozent der Kosten nach UVG-Tarif, 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 der versicherten Person unternommen werden, bis höchstens 20 000 Franken pro Kalenderjahr.

IV Leistungen von COMPLETA TOP im Ausland

Art. 17 Leistungen im Ausland

1. SWICA leistet Kostenguttsprache 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. Begibt sich ein Versicherter ohne Einwilligung von SWICA zur Behandlung ins Ausland, werden die Kosten nicht ersetzt.

Art. 18 Personenassistance

Wenn eine versicherte Person 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-Versicherten 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 1000 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 Versicherte 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 Versicherte von SWICA eine Kostenguttsprache verlangen. Liegt diese nicht vor, besteht kein Leistungsanspruch aus dieser Versicherung.
3. Für Spitalaufenthalte hat der Versicherte von der SWICA-Notrufzentrale vor Beginn der Behandlung oder vor dem Spitaleintritt eine Kostenguttsprache zu verlangen. Bei Notfällen gilt eine Meldefrist von fünf Tagen ab Behandlungsbeginn. Die Ärzte der Notrufzentrale entscheiden aufgrund des medizinischen Befunds über die Kostenguttsprache 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 Versicherten.
4. **!** Alle Rechnungen sind vom Versicherten im Original und detailliert, 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. Die versicherte Person 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, sofern sie in der Schweiz durchgeführt werden:

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 90 Prozent der Kosten nach Krankenversicherungstarif, höchstens 500 Franken innerhalb von drei Kalenderjahren.

VI Kostenbeteiligung

Art. 23 **!** Kostenbeteiligung

Für die Leistungen gemäss Art. 4 Komplementärmedizin, Art. 5 Medikamente und Art. 17 Leistungen im Ausland dieser Bedingungen wird für erwachsene Versicherte ein Selbstbehalt von 600 Franken und für alle Versicherten eine Kostenbeteiligung von 10 Prozent erhoben. Eine in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bereits erbrachte Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) wird an den Selbstbehalt angerechnet.

VII Allgemeine Bestimmungen

Art. 24 Listen und Verzeichnisse

Dem Versicherten werden jederzeit die in diesen Bedingungen erwähnten Listen und Verzeichnisse zur Verfügung gestellt.

Art. 25 Anwendbares Recht

In Ergänzung zu diesen Bedingungen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen von SWICA sowie die Zusatzbedingungen allfälliger Zusatzversicherungen.

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 Versicherbare Personen

Jede Person, die das 60. Altersjahr noch nicht vollendet hat, kann die Zusatzversicherung SUPPLEMENTA beantragen. Voraussetzung für den Abschluss der SUPPLEMENTA ist das Bestehen der Zusatzversicherung COMPLETA TOP bei SWICA.

II Versicherungsumfang

Art. 3 Versicherungsumfang

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

III Leistungen

Art. 4 Brillengläser und -fassungen, Kontaktlinsen

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

Art. 5 Hilfsmittel

SWICA bezahlt für ärztlich verordnete Hilfsmittel, die Funktionsausfälle ausgleichen oder Körperteile ersetzen (ausgenommen Zahnprothesen) und die nicht als gesetzliche Pflichtleistungen gelten, 90 Prozent der Kosten gemäss Liste des Schweizerischen Verbandes der Orthopädietechniker (SVOT), höchstens 500 Franken pro Kalenderjahr.

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 20 000 Franken pro Kalenderjahr.

IV Allgemeine Bestimmungen

Art. 7 Koordination mit anderen Versicherungen

Die prozentuale Kostenbeteiligung des Versicherten wird in jedem SWICA-Versicherungszweig separat berechnet, wobei jeweils vom Gesamtumfang der Kosten auszugehen ist.

Art. 8 Anwendbares Recht

In Ergänzung zu diesen Bedingungen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen von SWICA sowie die Zusatzbedingungen allfälliger Zusatzversicherungen.

Zusatzversicherung OPTIMA

I Anwendungsbereich

Art. 1 Zweck

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

Art. 2 Versicherbare Personen

Jede Person, die das 60. Altersjahr noch nicht vollendet hat, 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 Präventionsmassnahmen, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

III Leistungen

Art. 4 Ambulante Behandlung

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

Art. 5 Komplementärmedizin

1. Bezahlt werden die Kosten für von SWICA anerkannte, natürliche Heilverfahren, welche nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durchgeführt werden, sofern die Behandlung durch einen von SWICA anerkannten Arzt, einen von SWICA anerkannten Naturheilarzt oder von einer Person, welche von SWICA zur Ausübung eines komplementärmedizinischen Hilfsberufs anerkannt ist, vorgenommen wird.
2. SWICA führt eine Liste der anerkannten Heilverfahren und ein Verzeichnis der anerkannten Therapeuten. Die Liste und das Verzeichnis werden laufend angepasst und können vom Versicherten eingesehen werden oder er kann Auszüge davon verlangen.

Art. 6 Therapien 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 des Schweizerischen Psychotherapeuten-Verbandes (SPV) 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 prophylaktische Massnahmen gemäss separater Liste, höchstens 300 Franken pro Kalenderjahr.
2. Für medizinische Check-ups und gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen bezahlt SWICA 90 Prozent der Kosten ohne betragsliche Begrenzung.

Art. 10 Badekuren

1. Bei ärztlich verordneten und von SWICA im Voraus bewilligten Badekuren 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 Versicherte 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 Hilfsmittel, die Funktionsausfälle ausgleichen oder Körperteile ersetzen (ausgenommen Zahnprothesen und Sehhilfen) und die nicht als gesetzliche Pflichtleistungen

gelten, 90 Prozent der Kosten gemäss Liste des Schweizerischen Verbandes der Orthopädietechniker (SVOT), höchstens 300 Franken pro Kalenderjahr.

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 gesetzlichen 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 gesetzlichen Krankenpflegeversicherung und aus allenfalls bei SWICA bestehenden weiteren Zusatzversicherungen bezahlt. Ist die Grundversicherung bei einer anderen Gesellschaft versichert, so werden für Kosten, die aus der STANDARD und COMPLETA TOP und COMPLETA PRAEVENTA erstattet würden, falls diese bei SWICA abgeschlossen wären, aus der OPTIMA keine Leistungen erbracht.
2. Die prozentuale Kostenbeteiligung des Versicherten wird in jedem SWICA-Versicherungszweig separat berechnet, wobei jeweils vom Gesamtumfang der Kosten auszugehen ist.

Art. 17 Listen und Verzeichnisse

Dem Versicherten werden jederzeit die in diesen Bedingungen erwähnten Listen und Verzeichnisse zur Verfügung gestellt.

Art. 18 Anwendbares Recht

In Ergänzung zu diesen Bedingungen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen von SWICA sowie die Zusatzbedingungen allfälliger Zusatzversicherungen.

Spitalversicherung HOSPITA

I Anwendungsbereich

Art. 1 Zweck

SWICA bezahlt aus der Spitalversicherung HOSPITA bei stationärer Spitalbehandlung in Akutspitälern in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Aufenthalts-, Behandlungs- und Nebenkosten, die von dieser nicht übernommen werden. Ausserdem werden aus dieser Zusatzversicherung je nach gewählter Versicherungsstufe weitere Leistungen erbracht.

Art. 2 Versicherbare Personen

Jede Person, die das 60. Altersjahr noch nicht vollendet hat, 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 Allgemeine Abteilung (HOSPITA allgemein) von öffentlichen und privaten Spitälern mit anerkannten Tarifen (SWICA-Vertragsspitäler) 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 | Halbprivate Abteilung (HOSPITA halbprivat) aller öffentlichen und privaten Spitäler in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein mit anerkannten Tarifen | 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 des maximalen jährlichen Selbsthalts dieser Zusatzversicherung angerechnet. |
| Stufe 3 | Halbprivate Abteilung (HOSPITA halbprivat [Liste]) in Spitälern der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein gemäss SWICA-Spitalverzeichnis | 5. | Der Wechsel zu einem tieferen Selbstbehalt 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 Selbstbehaltreduktion ausschliessen oder diesen ablehnen. |
| Stufe 4 | Private Abteilung (HOSPITA privat) aller öffentlichen und privaten Spitäler in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein | 6. | Bei Mutterschaft gilt bei einem Wechsel zu einem tieferen Selbstbehalt eine Karenzfrist von 360 Tagen. |
| Stufe 5 | Private Abteilung (HOSPITA privat [Liste]) in Spitälern der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein gemäss SWICA-Spitalverzeichnis | 7. | Die Gesundheitsprüfung bei der Selbstbehaltreduktion erfolgt auch bei gleichzeitiger Reduktion der Versicherungsstufe. Ausnahme: Bei der Reduktion auf HOSPITA ALLGEMEIN (Variante ohne Stufenwechselgarantie) erfolgt bei der Selbstbehaltreduktion keine Gesundheitsprüfung. |
| Stufe 6 | Private Abteilung (HOSPITA privat weltweit) in allen öffentlichen und privaten Spitälern in der ganzen Welt | 8. | Die Aufhebung des Selbsthalts ist der Selbstbehaltreduktion gleichgestellt. |
| Stufe 7 | Versicherungsvariante HOSPITA COMFORTA Zweibettzimmer (Hotellerie) aller öffentlichen und privaten Spitäler der Schweiz gemäss SWICA-Spitalliste | | |
| Stufe 8 | Versicherungsvariante HOSPITA COMFORTA Einbettzimmer (Hotellerie) aller öffentlichen und privaten Spitäler der Schweiz gemäss SWICA-Spitalliste | | |

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 beantragt werden, in das der 18. Geburtstag fällt.
4. Der Wechsel von der Versicherungsvariante HOSPITA ALLGEMEIN zur Variante HOSPITA PLUS ist nach Bestehen einer Gesundheitsprüfung möglich.
5. Der Wechsel in die versicherte höhere Stufe ist bis zum Ende des Kalenderjahrs möglich, in das der 40. Geburtstag fällt. 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 12 Monaten. Während dieser Zeit sind Behandlungen in der allgemeinen Abteilung versichert.

Art. 5 Selbstbehaltsvarianten

1. Der Versicherte kann für die Stufen 1 bis 6 besondere Kostenbeteiligungsmodelle mit einem festen Selbstbehalt pro Kalenderjahr wählen:
 - 1000 Franken
 - 2000 Franken
 - 5000 Franken
2. Der HOSPITA HALBPRIVAT-Versicherte (Stufen 2 und 3) kann ausserdem Kostenbeteiligungsmodelle mit einem Selbstbehalt von 300 Franken pro Spitaltag bis zu einem Maximum von 6000 Franken pro Kalenderjahr wählen.
3. Der HOSPITA PRIVAT-Versicherte (Stufen 4 und 5) kann ausserdem Kostenbeteiligungsmodelle mit einem Selbstbehalt von 300 Franken pro Spitaltag bis zu einem Maximum von 6000 Franken pro Kalenderjahr bei Behandlung auf der halbprivaten Spitalabteilung und 400 Franken pro Spitaltag bis zu einem Maximum von 8000 Franken pro Kalenderjahr bei Behandlungen auf der privaten Spitalabteilung wählen.

Art. 6 Ärztliche Zweitbeurteilung

1. Mit dem Abschluss der Versicherungsstufe 3 und 5 verpflichtet sich der Versicherte, vor empfohlenen operativen Eingriffen eine ärztliche Zweitbeurteilung («Second Opinion») von SWICA einzuholen. Die für die ärztliche Zweitbeurteilung vorgesehenen Operationen werden im Anhang 1 dieser Zusatzbedingungen aufgelistet.
2. Holt ein Versicherter bei einer nicht notfallmässigen Operation gemäss Anhang 1 dieser Zusatzbedingungen keine ärztliche Zweitbeurteilung ein, so hat er sich mit 10 Prozent zuzüglich Selbstbehalt, maximal aber 3000 Franken, an den gesamten Aufenthalts- und Behandlungskosten, die aus der HOSPITA Versicherung bezahlt werden, zu beteiligen.

III Leistungen

Art. 7 Leistungsanspruch im Krankheitsfall

1. SWICA bezahlt die Aufenthalts- und Behandlungskosten bei Spitalaufhalten gemäss der gewählten Versicherungsstufe.
2. In der allgemeinen Abteilung werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten gemäss vertraglicher Vereinbarung oder nach dem von SWICA anerkannten Tarif bezahlt.
3. In der halbprivaten Abteilung werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten sowie die Arzthonorare gemäss den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen übernommen. Wo keine vertraglichen Tarife zur Anwendung gelangen, werden die Vergütungspauschalen gemäss Art. 9, Stufe 2 + 3, dieser Zusatzbedingungen bezahlt. SWICA erstellt Listen und Verzeichnisse der Vertragsspitäler. Die Versicherten können sich darüber bei SWICA informieren.
4. In der Privatabteilung wird der übliche Privattarif vergütet.
5. In der Versicherungsvariante COMFORTA Stufe 7 (Zweibettzimmer) und Stufe 8 (Einbettzimmer) werden die Aufenthalts- und Pflegekosten (Hotellerie) gemäss Vertrag zwischen SWICA und diesen Spitälern bezahlt. An die Behandlungs-, Diagnose- und Pflegekosten werden keine Leistungen vergütet, da das Spital diese nach KVG-Tarif der Grundversicherung belastet. Gebigt sich der Versicherte in ein Nichtvertragsspital, erhält er aus Versicherungsstufe 7 und 8 keine Versicherungsleistungen vergütet.
6. Die Mehrkosten medizinisch bedingter ausserkantonaler Behandlungen gehen nicht zu Lasten der Zusatzversicherung.
7. Bei Knochenmark- und Organtransplantationen richten sich die Leistungen nach dem von uns 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

- Bei der Wahl einer Spitalabteilung, die nicht der abgeschlossenen Versicherung entspricht, und bei Spitalaufenthalten im Ausland werden in Ergänzung zu den Leistungen der 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
- Wählt ein Privat- oder Halbprivatversicherter mit einer Selbstbehaltsvariante 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 Privatversicherter mit einer Selbstbehaltsvariante gemäss Art. 5 Abs. 2 und 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.

Art. 10 Tageskliniken

- Kann durch einen kostengünstigeren ambulanten Eingriff in einer von SWICA anerkannten Tagesklinik ein stationärer Spitalaufenthalt vermieden werden, werden die Kosten aus dieser Zusatzversicherung bezahlt. Die Beurteilung obliegt SWICA.
- Für die die gesetzlichen Pflichtleistungen übersteigenden Kosten wird vom Versicherten keine Kostenbeteiligung erhoben.

Art. 11 Spezial- und psychiatrische Kliniken

- Für Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken oder in Spezialabteilungen für Psychischkranke in anerkannten Spitälern sowie in Spezialkliniken wie Rehabilitationskliniken, Mehrzwecksanatorien, Klimastationen und Schlafkliniken 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.
- Diese Leistungen werden während maximal 720 innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen ausgerichtet.

Art. 12 Mutterschaft

- Ist das Mutterschaftsrisiko mitversichert, 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.
- Der Leistungsanspruch bei Mutterschaft beginnt 360 Tage nach Versicherungsbeginn.

Art. 13 Badekuren

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

Art. 14 Erholungsaufenthalte

- 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.
- Die Kurverordnung ist SWICA mindestens 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

Art. 15 Hauskrankenpflege

- SWICA bezahlt für die Pflege von Versicherten zu Hause 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.
- Die Pflegebedürftigkeit des Versicherten muss durch ein ärztliches Zeugnis ausgewiesen sein.
- Die Beiträge werden auch an Familienangehörige oder Verwandte bezahlt, sofern ihnen durch die geleistete Hilfe ein nachweisbarer Verdienstaussfall entsteht.
- Diese Leistungen werden während maximal 720 innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen bezahlt.

Art. 16 Haushalthilfe

- SWICA bezahlt an die ausgewiesenen Kosten für Haushalthilfen, die für Arbeiten im eigenen Haushalt des Versicherten 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.
- Die Notwendigkeit einer Haushalthilfe muss durch ein ärztliches Zeugnis ausgewiesen sein.
- 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 Tarif der allgemeinen Abteilung der dem Wohnort des Versicherten nächstgelegenen öffentlichen Heilanstalt im Wohnkanton, höchstens 10 000 Franken pro Kalenderjahr.
2. Bei ambulanten Behandlungen übernimmt SWICA die nicht gedeckten Kosten nach geltendem UVG-Tarif, höchstens 10 000 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	5 000 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 Versicherten, pro Ereignis höchstens folgende Beiträge:

Stufe 1	5 000 Franken
Stufe 2–6	20 000 Franken

Aus den Stufen 7 + 8 werden keine zusätzlichen Leistungen erbracht.

Voraussetzung für die oben aufgeführte Leistungsübernahme ist der Beizug der SWICA-Notrufzentrale.

2. Bei ohne Bewilligung von SWICA durchgeführten Aktionen kann SWICA die Leistungen kürzen oder verweigern.

IV Listen und Verzeichnisse

Art. 20 Listen und Verzeichnisse

Dem Versicherten werden jederzeit die in diesen Bedingungen erwähnten Listen und Verzeichnisse zur Verfügung gestellt.

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 Versicherten der Zusatzversicherung HOSPITA stehen dabei folgende zwei Modelle zur Wahl frei:

1. Prämientarifmodell Abschlussalter
Wählt der Versicherte den Abschlussaltertarif, so ist für die Prämienfestlegung sein Lebensalter zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses massgebend.
2. Prämientarifmodell Lebensalter
Wählt der Versicherte den Lebensaltertarif, so wird seine Prämie jeweils regelmässig zu Beginn eines Kalenderjahrs seiner neuen Lebensaltersgruppe angepasst.
3. Für Versicherte, die vor dem vollendeten 18. Lebensjahr oder vor dem vollendeten 25. Lebensjahr 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 Versicherten nicht ausdrücklich die Einteilung in den Abschlussaltertarif verlangt, erfolgt automatisch die Einteilung in den Lebensaltertarif.
4. Der Wechsel vom Abschlussaltertarif zum Lebensaltertarif oder umgekehrt muss vom Versicherten schriftlich beantragt werden.

VI Allgemeine Bestimmungen

Art. 22 Koordination mit anderen Versicherungen

1. Die in diesen Bedingungen vorgesehenen Leistungen werden nur in Ergänzung zur Krankenpflegeversicherung und zur COMPLETA TOP von SWICA bezahlt. Ist die Grundversicherung bei einer anderen Versicherung abgeschlossen, so werden für Kosten, welche aus der Krankenpflegeversicherung und der COMPLETA TOP übernommen würden, falls diese bei SWICA abgeschlossen wären, aus der HOSPITA keine Leistungen erbracht.
2. Die prozentuale Kostenbeteiligung des Versicherten wird in jedem SWICA-Versicherungszweig separat berechnet, wobei jeweils vom Gesamtumfang der Kosten auszugehen ist.

Art. 23 Anwendbares Recht

In Ergänzung zu diesen Bedingungen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen von SWICA sowie die Zusatzbedingungen allfälliger Zusatzversicherungen.

Anhang 1

Liste der Operationen, bei welchen vor dem geplanten Eingriff eine ärztliche Zweitbeurteilung («Second Opinion») von SWICA eingeholt werden muss.

Gynäkologie/Geburtshilfe

1. Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter)
2. Geplanter Kaiserschnitt

Orthopädie

3. Operation des Hallux valgus (Halluxoperation)
4. Arthroplastik des Hüft- und Kniegelenks (Einsetzen künstlicher Gelenke)
5. Arthroskopie (Gelenkspiegelung)
6. Bandplastiken an Knie- und Sprunggelenk

Neurochirurgie

7. Discushernien-Operation (Bandscheibenoperationen)

Urologie

8. Prostataktomie (Entfernung der Prostata)

Otorhinolaryngologie

9. Tonsillektomie/Adenotomie (Mandeloperation)

Abdominalchirurgie

10. Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase) ausser bei Verdacht auf bösartige Tumore

Ophthalmologie

11. Kataraktoperation (Operation des grauen Stars)
12. Hornhaut-Transplantationen

Andere

13. Varizen-Verödung (Operation der Krampfadern)

Zahnbehandlungsversicherung DENTA

I Anwendungsbereich

Art. 1 Zweck

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

Art. 2 Versicherbare Personen

1. Jede Person, die das 60. Altersjahr noch nicht vollendet hat, 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 1000 Franken innerhalb eines Kalenderjahrs

Leistungsstufe 3: 75 Prozent des zahnärztlichen Honorars, höchstens 1500 Franken innerhalb eines Kalenderjahrs

Leistungsstufe 4: 75 Prozent des zahnärztlichen Honorars, höchstens 2000 Franken innerhalb eines Kalenderjahrs

Für die Berechnung der prozentualen Beteiligungen, für die von den effektiven Gesamtkosten auszugehen ist, werden die Beiträge aller Krankenpflege-, Unfall-, Ergänzungs- und Zusatzversicherungen sowie öffentlicher Stellen berücksichtigt.

III Leistungen

Art. 4 Leistungen

1. SWICA bezahlt entsprechend der gewählten Versicherungsvariante die von einem diplomierten Zahnarzt ausgeführten zahnärztlichen Behandlungen.
2. Für Versicherte, 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 Versicherte.

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. Sind die gesetzlichen Krankenpflegekosten bei einer anderen Krankenkasse versichert, so werden für Kosten, die aus der Krankenpflegeversicherung und der COMPLETA TOP erstattet würden, falls diese bei SWICA abgeschlossen wären, aus der DENTA keine Leistungen erbracht.

Art. 8 Anwendbares Recht

In Ergänzung zu diesen Bedingungen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen von SWICA sowie die Zusatzbedingungen allfälliger Zusatzversicherungen.

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

Die versicherte Person kann unter folgenden Versicherungsvarianten auswählen:

- Kapitaleistungen bei Unfall-Tod
- Kapitaleistungen 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 Kapitaleistung bei Unfall-Tod und Unfall-Invalidität (UTI)

Art. 4 ❗ Versicherungssummen

1. Es gelten die in der Police aufgeführten Versicherungssummen.
2. 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.
3. 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.
4. Für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 70. Altersjahr überschritten haben, entfällt die Progression in der Invaliditätsversicherung.
5. 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.

Art. 5 Todesfall

1. Hat der Unfall sofort oder innert fünf Jahren vom Unfalltag an gerechnet erwiesenermassen den Tod der versicherten Person 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) Die versicherte Person 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 einer versicherten Person 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 Grosszehe	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 schmerzhaft 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 die versicherte Person 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.

- c) Bezahlt werden die Kosten für von SWICA anerkannte, natürliche Heilverfahren, welche nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durchgeführt werden, sofern die Behandlung durch einen von SWICA anerkannten Arzt, einen von SWICA anerkannten Naturheilarzt oder von einer Person, welche von SWICA zur Ausübung eines komplementärmedizinischen Hilfsberufes anerkannt ist, vorgenommen wird. SWICA führt eine Liste der anerkannten Heilverfahren und ein Verzeichnis der anerkannten Therapeuten. Die Liste und das Verzeichnis werden laufend angepasst und können vom Versicherten eingesehen werden oder er kann Auszüge davon verlangen.
- 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 des Schweizerischen Psychotherapeuten-Verbandes (SPV) sein.
- e) Ärztlich verordnete Hauspflege durch diplomiertes Krankenpflegepersonal. Diesem gleichgestellt sind Pflegerinnen und Pfleger, die durch Krankenpflegevereine und Heimpflegeorganisationen zur Verfügung gestellt 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 der versicherten Person 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 Selbstbehalt

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 Ereignisses auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen 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 AVB.
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.

Art. 13 Räumliche Geltung

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt.

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;
3. Alle schriftlich vorliegenden vertraglichen Vereinbarungen zwischen SWICA und dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person.

II Umfang des Versicherungsschutzes

Art. 2 In welchen Fällen besteht der Versicherungsschutz?

1. SWICA gewährt Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Geburt im Rahmen der vereinbarten Leistungen. Sie bezahlt den Versicherten 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.

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. Versicherte, 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 Versicherter 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 Versicherte die Krankheit grobfahrlässig herbeigeführt 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. Gesundheitsschädigungen infolge ärztlich verordneter Strahlenbehandlung wegen einer versicherten Krankheit sind jedoch versichert.
- c) Krankheiten infolge kriegerischer Vorfälle. Wird der Versicherte ausserhalb der Schweiz vom Ausbruch solcher Vorfälle überrascht, erlischt der Versicherungsschutz jedoch erst 14 Tage nach deren erstmaligen Auftreten.

III Versicherungsleistungen

Art. 8 Wann besteht Anspruch auf Taggeldleistungen?

1. Ist der Versicherte 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 oder geistigen 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 Wartezeit berechnet und was gilt als Rückfall?

1. Die Wartezeit 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 Wartezeit als ganze Tage.
2. Als neuer Krankheitsfall hinsichtlich Wartezeit und Leistungsdauer gilt:
 - das erneute Auftreten einer Krankheit (Rückfall), wenn die versicherte Person ihretwegen während 12 Monaten nicht arbeitsunfähig war;
 - eine neue Krankheit, wenn die versicherte Person 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 Wartezeit 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-Rentalter 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-Rentalters eine Arbeitsunfähigkeit, so erlischt der Leistungsanspruch, ausser die versicherte Person weist nach, dass das Arbeitsverhältnis bei bester Arbeitsfähigkeit angedauert hätte.
5. Nach Erlöschen des Versicherungsschutzes entfällt die Leistungspflicht.

Art. 12 Wann besteht Anspruch auf Geburtengeld?

1. Ein mitversichertes Geburtengeld wird während 56 Tagen für jede erfolgte Geburt bezahlt. Eine allfällig vereinbarte Wartezeit 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 eine versicherte Person 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 Versicherte als Arbeitsloser im Sinne von Art. 10 AVIG (Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzschiadigung), richtet SWICA die Leistungen bis zur Höhe der entgangenen Arbeitslosenentschiadigung 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 Versicherte haben das Recht, ihre bisherige Taggeldversicherung gegen Prämienanpassung vorbehaltlos in eine solche gleicher Höhe mit einer Wartezeit 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. Innerhalb der ersten sieben Tage nach der Unterzeichnung des Antrags hat der Antragsteller das Recht, seinen Antrag zu widerrufen. Der Widerruf muss mit einem eingeschriebenen Brief der SWICA Generaldirektion, Postfach, 8401 Winterthur, zugestellt werden.
2. Mit der Absendung der Widerrufserklärung erlöschen der allenfalls bestehende provisorische sowie der definitive Versicherungsschutz auch rückwirkend.

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 Arbeitsstellen, Ärzten und Dritten die notwendigen Erkundigungen einzuziehen.
4. Werden bei Vertragsabschluss erhebliche Punkte, welche die anzeigepflichtige Person kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so kann SWICA innert vier Wochen nach Kenntniserlangung der Anzeigepflichtverletzung den Vertrag schriftlich kündigen sowie sämtliche seit Vertragsbeginn mit der Anzeigepflichtverletzung zusammenhängende Leistungen zurückfordern. Der Vertrag endet, sobald der Versicherte 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 kündbar. Es ist eine dreimonatige Kündigungsfrist einzuhalten. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der dreimonatigen Frist bei SWICA eingetroffen ist.
2. Die Taggeldversicherung kann nach Arbeitsunfähigkeit, für welche SWICA eine Leistung erbringt, durch den Versicherten gekündigt werden. Spätestens 14 Tage nach Erhalt der Leistung kann der Versicherte den entsprechenden Teil des Vertrags kündigen. Die Deckung erlischt 14 Tage nach dem Eintreffen der Mitteilung bei SWICA.
3. SWICA verzichtet auf das ihr zustehende Recht, nach Eintritt eines versicherten Ereignisses den Vertrag aufzulösen, ausser in Fällen von versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch. In diesen Fällen kann SWICA innert vierzehn Tagen nach Kenntnisnahme des Sachverhaltes kündigen.
4. Auch ohne Kündigung erlischt die Versicherung automatisch, nachdem der Versicherte seit drei Monaten seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort im Ausland hat. Grenzgänger können solange versichert bleiben, als sie Arbeitslosenentschädigung beziehen und bei Arbeitsunfähigkeit einen nachweisbaren Erwerbsausfall erleiden.
5. 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 Versicherter 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. Der Leistungsanspruch endet in jedem Fall mit der Auflösung des Vertrags.

V Obliegenheiten bei einem Krankheitsfall

Art. 20 Frist für Anmeldung der Krankheit

1. Die Ansprüche auf Taggeldleistungen sind innert fünf Tagen nach Ablauf der Wartefrist einzureichen. Ist jedoch eine Wartefrist von länger als 30 Tagen 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 Versicherten.
2. Trifft die Krankmeldung später ein, so gilt der Tag, an dem sie eintrifft, als erster Tag der Arbeitsunfähigkeit.
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 Versicherten

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

Art. 22 Bezug eines zugelassenen Arzts

1. Nach Beginn der Krankheit zieht der Versicherte so bald wie möglich einen zugelassenen Arzt bei und sorgt für fachgemässe Behandlung. Der Versicherte leistet den Anordnungen des Arzts 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 eine versicherte Person 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 Versicherter 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 Versicherten.
3. Unterbleibt die Anmeldung bei der Arbeitslosen- bzw. der Invalidenversicherung, so ist SWICA berechtigt, die Taggeldleistungen einzustellen. Allfällige Leistungen werden unter Berücksichtigung der von diesen Versicherungen mutmasslich zu erbringenden Leistungen berechnet.

Art. 24 Was geschieht, wenn der Versicherte auch Anspruch auf Leistungen von Dritten hat?

1. Stehen dem Versicherten 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 Versicherten 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 Versicherten oder Anspruchsberechtigten im Umfang ihrer Leistungen.
4. Bestehen zur Deckung des Verdienstauffalls mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften, wird der versicherte Verdienstauffall aus diesem Vertrag lediglich im Verhältnis zu den von allen beteiligten Versicherern zusammen garantierten Leistungen gedeckt.
5. Schliesst der Versicherte ohne vorherige Zustimmung von SWICA einen Vergleich mit Dritten ab, so entfällt ihre Leistungspflicht.
6. SWICA ist nicht leistungspflichtig, wenn der Versicherte seine Forderung gegenüber einem Dritten nicht rechtzeitig geltend macht oder sich nicht um ihren Eingang bemüht.
7. Der Versicherte 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 Versicherten verursachte Spesen wie Kosten für Mahnungen, Betreibungen und Verzugszinsen usw. zurückzufordern oder mit Vergütungsansprüchen zu verrechnen.

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 Versicherte den Unfall bei der Ausübung eines Vergehens verursacht, wird das versicherte Taggeld gemäss UVG-Praxis gekürzt.
4. Kein Anspruch auf die versicherten Leistungen besteht für Unfälle:
 - a) welche der Versicherte absichtlich herbeigeführt hat;
 - b) infolge von Erdbeben in der Schweiz und 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 Versicherte 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 Versicherten und des Versuchs dazu;
 - g) infolge von Unruhen aller Art und der dagegen ergriffenen Massnahmen, es sei denn, der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
 - h) bei Teilnahme an Motorfahrzeugrennen oder Rallys einschliesslich Trainingsfahrten;
 - i) für Gesundheitsschädigungen durch Einwirkung ionisierender Strahlen irgendwelcher Art.

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 Erfüllungsort und Gerichtsstand

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

Art. 30 Quellensteuer

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

Art. 31 Verrechnung und Rückforderung

Irrtümlich erbrachte Taggelder sind vom Versicherten auf schriftliche Aufforderung hin zurückzuerstatten. Zugunsten von SWICA besteht ein Verrechnungsrecht. Dem Versicherten 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 zu richten?

1. Alle Mitteilungen können entweder der zuständigen Agentur sowie der Regionaldirektion oder der Generaldirektion von SWICA in Winterthur zugestellt werden.
2. Die Mitteilungen von SWICA an den Versicherten erfolgen rechtsgültig an die letzte bekannte Adresse in der Schweiz.

Glossar

Diese Begriffe bilden einen integralen Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Ambulante Behandlung

Eingriff oder Behandlung ohne Übernachtung im Spital bzw. bei welcher der Aufenthalt weniger als 24 Stunden dauert.

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 Versicherte kannte oder hätte kennen müssen, nicht deklariert wurden.

ATSG

Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, in Kraft seit 1. Januar 2003.

BPV

Bundesamt für Privatversicherungen. Ist dem Eidgenössischen Finanzdepartement unterstellt.

Care Management

SWICA verfügt über ein Care Management mit über 50 Fachspezialisten. Diese begleiten unsere Versicherten bei Krankheit und Unfall. Sie lösen organisatorische Aufgaben und begleiten die Patienten auf ihrem Genesungsweg, um Langzeitabsenzen oder gar Invalidisierung zu vermeiden.

Deckungsausschluss

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

EDI

Eidgenössisches Departement des Inneren.

FINMA

Eidgenössische Finanzmarktaufsicht. Ist dem Eidgenössischen Finanzdepartement administrativ angegliedert.

Franchise

Die Franchise ist eines von zwei Elementen der Kostenbeteiligung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Höhe der gesetzlichen bzw. der wählbaren (Jahres-)Franchise legt fest, welchen festen Betrag der Versicherte pro Jahr für medizinische Leistungen selber bezahlt. Die gesetzliche Franchise beträgt für erwachsene Personen ab 19 Jahren 300 Franken pro Jahr. Die ersten 300 Franken, die dem Patienten für medizinische Leistungen von Ärzten, Apotheken usw. in Rechnung gestellt werden, trägt dieser also selber. Für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre wird keine (Jahres-)Franchise erhoben.

Der Versicherte kann die Franchise freiwillig erhöhen (Wahlfranchise) und erhält dafür einen Rabatt auf die Grundversicherungsprämie. Auch für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind Wahlfranchisen möglich.

Weiterführende Erklärungen erfolgen unter «Kostenbeteiligung».

Generika

Generika sind Medikamente, welche denselben Wirkstoff wie das Originalheilmittel enthalten. Sie sind Nachahmerpräparate und können erst nach Patentablauf des Originalprodukts angeboten werden.

Grundversicherung

Die Grundversicherung (auch 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.

Komplementärmedizin

Zur Komplementärmedizin gehören sämtliche Therapieformen, welche nicht in den Bereich der Schulmedizin fallen. SWICA führt ein Verzeichnis der anerkannten Therapeuten. Versicherte erhalten beim SWICA-Kundendienst jederzeit Auszüge nach individuellen Wünschen (z.B. Therapeuten einer bestimmten Fachrichtung und in einer bestimmten Region). Der Umfang des online abrufbaren Verzeichnisses (www.swica.ch) wird zudem laufend erweitert.

Kostenbeteiligung

Wenn der Versicherte 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. Er besteht aus:

- der Franchise der Grundversicherung;
- dem Selbstbehalt der Grundversicherung;
- dem Selbstbehalt der Zusatzversicherung.

Die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) wird auf alle bei SWICA abgeschlossenen Versicherungen angerechnet.

Das ist einer der markanten Vorteile von SWICA gegenüber den Mitbewerbern, bei denen sich die Kostenbeteiligungen aller abgeschlossenen Versicherungen summieren.

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

Kündigungsfrist/Änderungsfrist

Die Kündigungs-/Änderungsfrist ist die Zeitspanne zwischen Abgabe der Kündigungs-/Änderungserklärung und dem Zeitpunkt deren Wirkung. Damit die Kündigungsfrist eingehalten wird, muss die Kündigung spätestens am letzten Arbeitstag vor Ablauf der Frist bei SWICA schriftlich eingehen.

KVG

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

KVV

Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995, 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 von Leistungserbringern, die für die Bemessung von Leistungen relevant sind, können der versicherten Person zur Verfügung gestellt werden. Versicherte erhalten beim SWICA-Kundendienst jederzeit Auszüge nach individuellen Wünschen (z. B. Therapeuten einer bestimmten Fachrichtung und in einer bestimmten Region). Der Umfang der online abrufbaren Listen und Verzeichnisse (www.swica.ch) wird zudem laufend erweitert.

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.

MiGel

Mittel- und Gegenstände-Liste. Liste der von den Krankenversicherungen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Pflichtleistung zu vergütenden Hilfsmittel und Gegenstände (Hörhilfen, Krücken usw.).

Mutterschaft

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

Negativliste

Die Negativliste ist eine Auflistung von Präparaten, 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.

Personenfreizügigkeitsabkommen

Abkommen über die Beziehungen zwischen der Schweiz und der EU/EFTA-Staaten, per 1. Juni 2002 in Kraft getreten. Mit der Personenfreizügigkeit gelten für EU/EFTA-Bürger und Schweizer die gleichen Lebens-, Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen – sowohl in der Schweiz als auch in den EU- und EFTA-Staaten.

Prämie

Die Prämie ist die Gegenleistung des Versicherungsnehmers für die Gewährung des Versicherungsschutzes durch den Versicherer. Aufgrund von Kostenunterschieden können kantonale und regionale Prämienabstufungen gemacht werden. Für Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder) muss der Versicherer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eine tiefere Prämie festsetzen. Dasselbe können Versicherer für Versicherte tun, die das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben. Die Prämien werden im Voraus erhoben.

Prämienverbilligung

Personen, die sich in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen befinden, haben ein Anrecht auf Prämienverbilligung in der Grundversicherung. Die Zuständigkeit ist von Kanton zu Kanton unterschiedlich. Detaillierte, auf die persönliche Situation abgestimmte Informationen sind auf der Wohngemeinde erhältlich.

Repatriierung

Eine Repatriierung wird organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine Rückreise mit öffentlichen oder privaten Mitteln nicht möglich ist. Der Rücktransport ins Wohnland findet meist mit ärztlicher Begleitung z. B. mittels Bodenambulanz, Stretcher oder Jet statt.

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.

Second Opinion

Das Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung. Wenn Zweifel darüber bestehen, ob eine Behandlung oder Operation nötig oder geeignet ist, kann bei einem weiteren zugelassenen Facharzt eine «Second Opinion» eingeholt werden.

Selbstbehalt

Der Selbstbehalt in der Grundversicherung ist die prozentuale Beteiligung an den Kosten für medizinische Behandlungen bzw. Medikamente. Er beträgt in der Regel 10 Prozent (Ausnahme siehe unten) und ist nach oben begrenzt. Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre bezahlen pro Jahr maximal 350 Franken Selbstbehalt, Erwachsene maximal 700 Franken.

Der Selbstbehalt in der Grundversicherung beträgt 20 Prozent, wenn statt kostengünstiger Generika ohne medizinischen Grund teure Originalpräparate verwendet werden.

Der Selbstbehalt in den Zusatzversicherungen ist ein fester Betrag, der bei medizinischen Behandlungen (zulasten einer Zusatzversicherung) durch den Versicherten zuerst zu tragen ist.

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.

SWICA-Spittalliste/SWICA-Spitalverzeichnis

Liste und Verzeichnis mit Spitälern, welche der Versicherte für seine Behandlungen wählen kann. Versicherte erhalten beim SWICA-Kundendienst jederzeit Auszüge nach individuellen Wünschen (z. B. Spitäler in einer bestimmten Region). Der Umfang der online abrufbaren Listen und Verzeichnisse (www.swica.ch) wird laufend aktualisiert.

Stationäre Behandlung

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

Swissmedic (ehemals IKS)

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 Ereignisses auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen 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.

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.