

Ausgabe 1. Januar 2014

Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) HOSPITAL CLASSICA Spitalzusatzversicherung

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines

- 1 Zweck
- 2 Versicherungsmöglichkeiten
- Leistungen**
- 3 Versicherungsdeckung
- 4 Spitalbedürftigkeit
- 5 Spitalleistungen
- 6 Ambulante Eingriffe
- 7 Leistungen bei Unterversicherung
- 8 Leistungsdauer im Akutspital und in der psychiatrischen Klinik
- 9 Leistungen im Ausland
- 10 Leistungen für Neugeborene
- 11 Leistungen für die Unterbringung von Begleitpersonen (Rooming-in)
- 12 Badekuren
- 13 Erholungskuren
- 14 Leistungsdauer bei Kuren
- 15 Kurverordnung
- 16 Hauskrankenpflege
- 17 Haushalthilfe
- 18 Leistungsdauer bei Hauskrankenpflege und Haushalthilfe

Versicherungsvarianten

- 19 Versicherungsvariante mit Zweitmeinung
- 20 Versicherungsvariante mit Spitalwahlbeschränkung
- 21 Versicherungsvariante mit Spitalwahlausweitung
- 22 Versicherungsvariante mit wählbarer Jahresfranchise
- 23 Unfalldeckung
- 24 Sonderstellung für Besondere Versicherungsformen

Diverses

- 25 Option auf die CURA Langzeitpflege-Versicherung
 - 26 Sistierung bei der Versicherungsdeckung
 - 27 Versichertenkarte
-

Allgemeines

1 Zweck

Die HOSPITAL CLASSICA deckt Aufenthalts- und Behandlungskosten in einem Spital und gewährt Beiträge an die Hotellerie der stationären Akut- und Übergangspflege, Bade- und Erholungskuren, Hauskrankenpflege und Haushalthilfe sowie ambulante Operationen. Voraussetzung für die Ausrichtung aller Leistungen ist das Vorliegen medizinischer Notwendigkeit.

2 Versicherungsmöglichkeiten

Für den Aufenthalt in einem Spital bestehen folgende Versicherungsmöglichkeiten:

- a) HOSPITAL PLUS CLASSICA = halbprivate Spitalabteilung
- b) HOSPITAL COMFORT CLASSICA = private Spitalabteilung

Leistungen

3 Versicherungsdeckung

- 3.1 Aus der HOSPITAL CLASSICA werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in denjenigen Spitälern übernommen, welche die Voraussetzungen nach Ziff. 8.1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) erfüllen. Bei Spitälern, welche nicht auf den kantonalen Planungs- und Spitalisten nach Art. 39 KVG aufgeführt sind (Listenspital), besteht in Konkretisierung dieses Grundsatzes nur dann ein Anspruch auf Leistungen aus der vorliegenden Versicherung, sofern der Versicherer mit dem betreffenden Spital einen KVG-Vertrag abgeschlossen hat (Helsana-KVG-Vertragsspital).

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

- 3.2 Die HOSPITAL PLUS CLASSICA deckt im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die Kosten eines stationären Aufenthaltes in einem Zweibett-Zimmer der halbprivaten Abteilung eines Spitals.
- 3.3 Die HOSPITAL COMFORT CLASSICA deckt im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die Kosten eines stationären Aufenthaltes in einem Einbett-Zimmer der privaten Abteilung eines Spitals.

3.4 Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen oder werden die Tarife einer Abteilung vom Versicherer nicht anerkannt, gelangen diejenigen Bestimmungen zur Anwendung, wie wenn die versicherte Person sich in der Privatabteilung des Spitals aufhalten würde. Bei Unterversicherung gelten die Bestimmungen von Ziff. 7 dieser ZVB.

3.5 Der Versicherer führt eine Liste der Spitäler, welche keine privaten oder halbprivaten Abteilungen im Sinne der vorstehenden Bestimmungen führen. Der Versicherer passt diese Liste laufend an. Sie kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

4 Spitalbedürftigkeit

Die Leistungen für wissenschaftlich anerkannte Heil-anwendungen im Rahmen eines Aufenthaltes in einem Spital werden gewährt, wenn der Zustand der versicherten Person die stationäre Behandlung erfordert und für jenes Spital bzw. jene Spitalabteilung, in welches/welche die versicherte Person aus medizinischen Gründen gehört.

5 Spitalleistungen

5.1 Als Spital gilt ein Akutspital oder eine psychiatrische Klinik, welches/welche die Voraussetzung nach Ziff. 3.1 erfüllt und als geeignet erscheint, versicherte Personen im Sinne von Ziff. 4 dieser ZVB zu behandeln.

5.2 Bei Spitalbehandlungen umfassen die Leistungen im Rahmen der vom Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Tarife:

- a) die Kosten für Unterkunft und Verpflegung
- b) die Arzthonorare
- c) die Kosten für wissenschaftlich anerkannte diagnostische und therapeutische Massnahmen
- d) die Krankenpflege im Spital
- e) die Kosten für Medikamente, Heilmaterialien, Operationssaal und Narkose
- f) die Kosten für vom Spital verordnete Mittel und Gegenstände

5.3 Leistungen für Zahnbehandlungen gemäss Ziff. 5.2 werden aus der Spitalzusatzversicherung übernommen, sofern eine Leistungspflicht gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) besteht.

5.4 Für Leistungen der stationären Akut- und Übergangspflege, welche sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und durch den Spital angeordnet werden, vergütet der Versicherer in Ergänzung zur Leistungspflicht gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) die ungedeckten Kosten für Unterkunft und Verpflegung pro Tag während maximal 14 Tagen pro Kalenderjahr:

- a) HOSPITAL PLUS CLASSICA bis CHF 120.–
- b) HOSPITAL COMFORT CLASSICA bis CHF 180.–

6 Ambulante Eingriffe

Kann durch einen kostengünstigeren ambulanten Eingriff ein stationärer Akutspitalaufenthalt vermieden werden, übernimmt der Versicherer die Kosten im Rahmen der mit dem betreffenden Spital getroffenen Vereinbarungen.

7 Leistungen bei Unterversicherung

7.1 Personen, die beim Versicherer für die halbprivate Abteilung versichert sind, werden bei einem Aufenthalt in der privaten Abteilung 75% der Leistungen der HOSPITAL COMFORT CLASSICA gewährt, höchstens jedoch 75% der vom Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Tarife.

7.2 Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Spitäler, deren Tarife nicht anerkannt werden. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

8 Leistungsdauer im Akutspital und in der psychiatrischen Klinik

8.1 Bei stationärer Behandlung in einem Akutspital werden die versicherten Leistungen zeitlich unbeschränkt ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung ein Aufenthalt in einem Akutspital medizinisch notwendig ist.

8.2 Bei stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik werden die versicherten Leistungen während maximal 180 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres ausgerichtet, solange unter Berücksichtigung der Diagnose und der Gesamtheit der ärztlichen Behandlung der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik medizinisch notwendig ist und kein chronisches Krankheitsbild vorliegt.

8.3 An Aufenthalte in psychiatrischen Tages- und Nacht-kliniken werden keine Leistungen ausgerichtet.

9 Leistungen im Ausland

9.1 Bei einem stationären Aufenthalt in einem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik im Ausland werden an die Kosten der wissenschaftlich anerkannten und zweckdienlichen Behandlung und für Unterkunft und Verpflegung pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:

- a) HOSPITAL PLUS CLASSICA, 40% der ungedeckten Kosten
- b) HOSPITAL COMFORT CLASSICA, volle Kostendeckung

9.2 Die unter Ziff. 9.1 aufgeführten Leistungen werden nur bis zum Zeitpunkt einer zumutbaren Heimreise oder Verlegung in ein schweizerisches Spital, maximal während 60 Tagen, gewährt.

9.3 Anspruch auf die Leistungen gemäss Ziff. 9.1 besteht nur für Behandlungen in dem Land, in welchem die versicherte Person wegen einer Krankheit oder wegen eines Unfalles zur medizinischen Erstbehandlung in ein Akutspital oder in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden musste. Für Verlegungen und Behandlungen in einem Drittland werden keine Leistungen ausgerichtet.

10 Leistungen für Neugeborene

Die Kosten für den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen werden aus der beim Versicherer abgeschlossenen Spitalzusatzversicherung der Mutter während der Dauer des Aufenthaltes der Mutter im Spital übernommen, höchstens jedoch während 10 Wochen.

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

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

- a) HOSPITAL PLUS CLASSICA CHF 50.–/Tag
- b) HOSPITAL COMFORT CLASSICA CHF 100.–/Tag

12 Badekuren

- 12.1 An eine vor Kurantritt ärztlich verordnete stationär durchgeführte Badekur in einem ärztlich geleiteten inländischen Heilbad werden während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr an die ausgewiesenen Kosten folgende Leistungen ausgerichtet:
 - a) HOSPITAL PLUS CLASSICA bis CHF 50.–
 - b) HOSPITAL COMFORT CLASSICA bis CHF 70.–
- 12.2 Ein Anspruch auf die Leistungen gemäss Ziff. 12.1 besteht nur dann, wenn der Badekur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen oder eine ambulante, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Therapie nicht möglich ist. Bei Kurantritt hat zudem eine ärztliche Eintrittsuntersuchung zu erfolgen und es müssen balneologische und physikalische Anwendungen nach einem Kurplan durchgeführt werden. Die Mindestdauer für eine Badekur beträgt 14 Tage.
- 12.3 In Abweichung von Ziff. 12.1 kann eine Badekur auch in einem Heilbad des europäischen Auslands durchgeführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Ziff. 12.2 erfüllt sind.

13 Erholungskuren

- 13.1 An eine vor Kurantritt ärztlich verordnete Erholungskur, die zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit medizinisch notwendig ist, werden pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr im Inland folgende Leistungen an die ausgewiesenen Kosten ausgerichtet:
 - a) HOSPITAL PLUS CLASSICA bis CHF 50.–
 - b) HOSPITAL COMFORT CLASSICA bis CHF 70.–
- 13.2 Die Erholungskur muss in einem vom Versicherer anerkannten inländischen Kurhaus durchgeführt werden.

14 Leistungsdauer bei Kuren

Leistungen für Bade- und Erholungskuren zusammen werden für maximal 30 Tage pro Kalenderjahr ausgerichtet.

15 Kurverordnung

Die ärztliche Kurverordnung ist rechtzeitig vor Antritt der Kur, unter Angabe des Heilbades bzw. der Kuranstalt und des Datums des Kurantritts, dem Versicherer einzureichen.

16 Hauskrankenpflege

- 16.1 Bei ärztlich verordneter Hauskrankenpflege, bei welcher der Beizug einer Berufspflegeperson gegen Entgelt erforderlich ist und wenn damit ein Spital- oder Kuraufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann, werden pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr an die ausgewiesenen Kosten folgende Leistungen ausgerichtet:
 - a) HOSPITAL PLUS CLASSICA bis CHF 50.–
 - b) HOSPITAL COMFORT CLASSICA bis CHF 70.–
- 16.2 Als Pflegeperson kann auch anerkannt werden, wer dem Kranken täglich die notwendige Pflege angedeihen lässt und dadurch nachweisbar in seiner beruflichen Tätigkeit einen Erwerbsausfall erleidet.
- 16.3 Erkrankt oder verunfallt eine durch die vorliegende Versicherung versicherte Person unter 15 Jahren, die unter der elterlichen Gewalt eines alleinerziehenden, erwerbstätigen Elternteiles oder von erwerbstätigen Ehepaaren oder Konkubinatspartnern steht, entrichtet der Versicherer anstelle der Leistungen gemäss Ziff. 16.1 an die Kosten der Kinderbetreuung und Kinderpflege, d.h. Körperpflege des Kindes, Verabreichung von Medikamenten sowie Zubereitung von Mahlzeiten, die folgenden Leistungen:
 - a) HOSPITAL PLUS CLASSICA bis 80 Stunden pro Kalenderjahr
 - b) HOSPITAL COMFORT CLASSICA bis 110 Stunden pro Kalenderjahr

16.4 Voraussetzung für die Leistungsübernahme gemäss Ziff. 16.3 ist der Beizug der vom Versicherer beauftragten Notruf- und Organisationszentrale. Die Leistungen werden nicht erbracht, wenn diese nicht durch diese Zentrale organisiert werden.

16.5 Nicht versichert sind Kosten für allgemeine Haushaltsarbeiten wie z.B. Einkaufen, Waschen, Bügeln, Reinigungsarbeiten etc.

16.6 Bei Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Hauskrankenpflege erbracht.

17 Haushalthilfe

17.1 Wenn eine versicherte Person aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100% wegen ihres Gesundheitszustandes und wegen ihrer persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt und wenn damit ein Spital- oder Kuraufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann, werden an die ausgewiesenen Kosten pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen ausgerichtet:

- a) HOSPITAL PLUS CLASSICA bis CHF 50.–
- b) HOSPITAL COMFORT CLASSICA bis CHF 70.–

17.2 Als Haushalthilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung der versicherten Person den Haushalt besorgt.

17.3 Als Haushalthilfe kann auch anerkannt werden, wer in Vertretung einer erkrankten versicherten Person den Haushalt besorgt und dadurch nachweisbar in seiner beruflichen Tätigkeit einen Erwerbsausfall erleidet.

17.4 Bei Aufenthalt in Pflegeheimen und ähnlichen Einrichtungen werden keine Leistungen für Haushalthilfe erbracht.

18 Leistungsdauer bei Hauskrankenpflege und Haushalthilfe

Die versicherten Tagesleistungen für Hauskrankenpflege und Haushalthilfe zusammen werden während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr gewährt.

Versicherungsvarianten

19 Versicherungsvariante mit Zweitmeinung

19.1 Gegen eine Prämienreduktion kann die Versicherungsvariante mit Zweitmeinung abgeschlossen werden. Versicherte Personen mit dieser Variante sind verpflichtet, sich vor einer der in Ziff. 19.4 aufgeführten Operationen in stationären Einrichtungen an den Vertrauensärztlichen Dienst des Versicherers zu wenden, damit die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs von einem weiteren Arzt beurteilt wird. Die Kosten dieser Abklärung gehen zulasten des Versicherers.

19.2 Es steht der versicherten Person frei, die Meinungsäusserung des zweiten Arztes zu befolgen.

19.3 Verweigert die versicherte Person die Einholung der Zweitmeinung, trägt sie von den zulasten ihrer Spitalzusatzversicherung gehenden Kosten 10%, maximal CHF 3000.–, selber.

19.4 Zweitmeinungspflichtige Operationen sind:

- a) Curettage (Auskratzung der Gebärmutter)
- b) Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter)
- c) Operation des Hallux valgus (Halluxoperation)
- d) Arthroplastik des Hüft- und Kniegelenkes (Einsetzen künstlicher Gelenke)
- e) Arthroskopie (Gelenkspiegelung)
- f) Bandplastik an Knie- und Sprunggelenk (Bandoperation)
- g) Entfernung von Osteosynthesematerial (Metallentfernung nach operativen Eingriffen am Knochen)
- h) Diskushernien-Operation (Bandscheibenoperation)
- i) Koronarangiografie (Röntgendarstellung der Herzkranzgefässe)
- k) Prostataktomie (Entfernung der Prostata)
- l) Tonsillektomie (Mandeloperation)
- m) Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase)
- n) Varizenoperation (Operation der Krampfadern)
- o) Spondylodese (versteifende Operation an der Wirbelsäule)

20 Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung

20.1 Gegen eine Prämienreduktion kann die Versicherungsvariante mit eingeschränkter Spitalwahl abgeschlossen werden. Der Versicherer führt für diese Variante eine Liste, aus welcher ersichtlich ist, welche Spitäler ausgewählt werden können. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

20.2 Bei Aufenthalt in einem auf der Liste des Versicherers fehlenden Spital werden keine Kosten übernommen.

20.3 Die vorliegende Versicherungsvariante kann zusammen mit einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Spitalwahleinschränkung abgeschlossen werden. Wird diese Krankenpflegeversicherung gekündigt oder aufgehoben, so kann die entsprechende Versicherungsvariante nicht mehr weitergeführt werden. Es erfolgt automatisch die Umteilung in die HOSPITAL CLASSICA ohne die Versicherungsvariante mit Spitalwahleinschränkung.

21 Versicherungsvariante mit Spitalwahlausweitung

- 21.1 Gegen einen Prämienaufschlag kann die Versicherungsvariante mit ausgeweiteter Spitalwahl abgeschlossen werden. Bei dieser Variante gewährt der Versicherer auch für diejenigen Spitäler Kostendeckung, die nicht den Voraussetzungen von Ziff. 3.1 entsprechen. Dabei gelangen die vom Versicherer für das betreffende Spital anerkannten Maximaltarife zur Anwendung.
- 21.2 Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Spitäler, deren Tarife nicht anerkannt werden. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

22 Versicherungsvariante mit wählbarer Jahresfranchise

- 22.1 Gegen eine Prämienreduktion kann die Versicherungsvariante mit wählbarer Jahresfranchise abgeschlossen werden. Versicherte Personen mit dieser Variante haben die gewählte Franchise pro Kalenderjahr bei Beanspruchung der HOSPITAL CLASSICA vorab selbst zu tragen. Die gewählte Jahresfranchise wird nur bei Akutspitalaufenthalt und bei Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken erhoben.
- 22.2 Begeben sich versicherte Personen einer HOSPITAL PLUS CLASSICA mit einer gewählten Jahresfranchise von CHF 1000.–, 2000.– oder 3000.– bei ihrer Hospitalisation in eine allgemeine Spitalabteilung, wird auf die Erhebung der Jahresfranchise verzichtet. Das Gleiche gilt, wenn versicherte Personen einer HOSPITAL COMFORT CLASSICA mit einer dieser gewählten Jahresfranchisen sich bei ihrer Hospitalisation in eine halbprivate Spitalabteilung oder in eine allgemeine Spitalabteilung begeben.
- 22.3 Begeben sich versicherte Personen einer HOSPITAL PLUS CLASSICA mit einer gewählten Jahresfranchise von CHF 5000.– bzw. 7000.– bei ihrer Hospitalisation in eine allgemeine Spitalabteilung, wird eine Jahresfranchise von CHF 2000.– bzw. 4000.– erhoben. Das Gleiche gilt, wenn versicherte Personen einer HOSPITAL COMFORT CLASSICA mit einer dieser gewählten Jahresfranchisen sich bei ihrer Hospitalisation in eine halbprivate Spitalabteilung oder in eine allgemeine Spitalabteilung begeben.

23 Unfalldeckung

Die Versicherungsdeckung für Unfallfolgen kann ausgeschlossen werden. Versicherte Personen, welche die Unfalldeckung ausgeschlossen haben, können bis zum vollendeten 70. Altersjahr den Wieder- bzw. Neueinschluss der Unfalldeckung beantragen.

24 Sonderstellung für Besondere Versicherungsformen

Für versicherte Personen, welche andere besondere Versicherungsformen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG abgeschlossen haben (z. B. HMO, weitere Hausarztmodelle oder Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer), gelten die in den diesbezüglichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgehaltenen einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug auch für die vorliegende Versicherung.

Diverses

25 Option auf die CURA Langzeitpflege-Versicherung

- 25.1 Versicherte Personen, die beim Versicherer eine HOSPITAL CLASSICA abgeschlossen haben, haben das Recht, auf den dem Eintritt ins AHV-Alter folgenden 1. Januar ohne Gesundheitsprüfung die CURA Langzeitpflege-Versicherung automatisch in der von der Gesellschaft zur Zeit der Ausübung der Option angebotenen Version zugeteilt zu erhalten. Die Zuteilung wird wie folgt vorgenommen:
- HOSPITAL PLUS CLASSICA Variante 50
 - HOSPITAL COMFORT CLASSICA Variante 70
- 25.2 Für versicherte Personen gemäss Ziff. 25.1 beginnt die Leistungspflicht aus der CURA Langzeitpflege-Versicherung nach Ablauf von 720 aufeinanderfolgenden Tagen, an welchen die Voraussetzungen für stationäre Behandlungen bei chronischer Krankheit, Hauskrankenpflege oder Haushalthilfe bestanden haben. Für die Berechnung der Wartezeit ist die ärztliche Verordnung massgebend.
- 25.3 Die versicherten Personen im Sinne von Ziff. 25.1 haben nach der Zuteilung in Abweichung der ordentlichen Kündigungsbestimmungen gemäss Ziff. 10 AVB das Recht, jeweils bis zum 31. Januar rückwirkend auf den 1. Januar von der CURA Langzeitpflege-Versicherung zurückzutreten.

26 Sistierung bei der Versicherungsdeckung

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

27 Versichertenkarte

Die versicherten Personen erhalten eine Versichertenkarte im Sinne von Ziff. 28 AVB.