

Einzel-Krankenzusatzversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB-E)
Ausgabe 2008

Inhaltsverzeichnis

I	Allgemeines	2	VI	Administrative Bestimmungen	4
1	Umfang der Versicherung	2	18	Verpflichtungen des Versicherten und des Versicherungsnehmers bei Krankheit oder Unfall	4
2	Grundlagen des Versicherungsvertrags	2	19	Unverschuldete Verletzung der Verpflichtungen	4
3	Begriffsbestimmungen	2	20	Vergütung der Leistungen	4
4	Örtlicher Geltungsbereich	2	21	Abtretung und Verpfändung	4
II	Beginn und Ende der Versicherungsdeckung	2	22	Mitteilungen	4
5	Beginn der Versicherungsdeckung	2	23	Datenschutz	4
6	Dauer der Versicherungsdeckung	2	VII	Versicherungskumulierung und Leistungen Dritter	4
7	Sistierung der Versicherungsdeckung	2	24	Doppelversicherung	4
III	Anpassungen und Bezahlung der Prämien	2	25	Leistungen eines Dritten	4
8	Prämientarif und Tarifaltersgruppen	2	26	Koordinierung mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG	5
9	Prämienänderung gemäss erreichtem Alter	3	VIII	Besondere Versicherungsdeckung	5
10	Änderung der Tarife und Franchisen	3	27	Patientenrechtsschutz	5
11	Prämienbezahlung	3	IX	Schlussbestimmungen	5
12	Prämienrückerstattung	3	28	Erfüllungsort und Gerichtsstand	5
13	Verzug bei der Prämienbezahlung	3			
IV	Kündigungsrecht	3			
14	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	3			
15	Kündigung durch die CSS	3			
V	Begrenzung und Einschränkungen der Versicherungsdeckung	3			
16	Begrenzung der Versicherungsdeckung	3			
17	Grobe Fahrlässigkeit	4			

I Allgemeines

Art. 1 Umfang der Versicherung

- 1.1 Die Einzelkrankenversicherung umfasst die von der CSS betriebenen Zusatzversicherungen für Heilungskosten und die Taggeldversicherung bei Arbeitsunfähigkeit, welche die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit abdecken. Mittels Prämienzuschlag wird das Unfallrisiko ebenfalls gedeckt.
- 1.2 Die versicherten Leistungen sind in den Speziellen Bedingungen (SB) beschrieben.

Art. 2 Grundlagen des Versicherungsvertrags

Die Grundlagen des Vertrags sind:

- die schriftlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten im Versicherungsantrag und der Bericht des untersuchenden Arztes;
- die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen;
- die Speziellen Bedingungen;
- die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908.

Art. 3 Begriffsbestimmungen

Im Vertrag versteht man unter

- 3.1 Krankheit: 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. Schwangerschaft, Schwangerschaftskomplikationen, Geburt und Fehlgeburt werden einer Krankheit gleichgestellt, wenn die Speziellen Bedingungen nicht ausdrücklich das Mutterschaftsrisiko ausschliessen.
 - 3.2 Unfall: jede plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit zur Folge hat. Folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:
 - Knochenbrüche;
 - Verrenkungen von Gelenken;
 - Meniskusrisse;
 - Muskelrisse;
 - Muskelzerrungen;
 - Sehnenrisse;
 - Bandläsionen;
 - Trommelfellverletzungen.
 - 3.3 Fall (Krankheit, Unfall, Rückfall): jedes Ereignis, das Anspruch auf Leistungen gibt. Tritt vor Abschluss eines Falles eine neue Krankheit oder ein neuer Unfall ein, begründet dies einen neuen Fall, sofern er nicht mit dem ersten ursächlichen zusammenhängt. Eine Krankheit oder Unfallfolge, die medizinisch in Verbindung mit einer früheren Krankheit oder einem erlittenen Unfall steht (Rückfall), gilt nur dann als neuer Fall, wenn der Versicherte während 12 Monaten nach Abschluss des früheren Falls für diese Krankheit oder Unfallfolge nicht ärztlich behandelt wurde.
- ### Art. 4 Örtlicher Geltungsbereich
- 4.1 Die abgeschlossenen Versicherungsdeckungen gelten in der Schweiz, in Liechtenstein und in den Grenzzonen.
 - 4.2 Sie gelten auch in den anderen Ländern, wenn sich der Versicherte dort vorübergehend während nicht mehr als 12 aufeinanderfolgenden Monaten aufhält.
 - 4.3 Bei einem vorübergehenden Aufenthalt von über 12 Monaten in anderen Ländern kann der Versicherungsnehmer für maximal 5 Jahre die Beibehaltung seiner Versiche-

rungsdeckung verlangen. Eine Prämie ist gemäss dem CSS-Tarif im Voraus zu entrichten. Der Versicherte hat überdies einen Vertreter in der Schweiz zu bezeichnen. Als Wohnsitz gilt der Wohnsitz des Vertreters.

- 4.4 Der Versicherte kann sich nur dann zur Behandlung ins Ausland begeben, wenn er die schriftliche Genehmigung der CSS hat.

II Beginn und Ende der Versicherungsdeckung

Art. 5 Beginn der Versicherungsdeckung

Die Versicherungsdeckung tritt an dem Tag in Kraft, den die CSS in der schriftlichen Annahmestätigung bekannt gibt, frühestens jedoch an dem in der Police vereinbarten Datum. Diese Regel gilt ebenfalls für Versicherungsänderungen.

Art. 6 Dauer der Versicherungsdeckung

- 6.1 Die Versicherungsdeckung wird für einen ersten Zeitraum bis zu dem in der Police vereinbarten Datum abgeschlossen. Der Fälligkeitstermin ist immer der 31. Dezember.
- 6.2 Sie wird stillschweigend von Jahr zu Jahr verlängert, wenn sie nicht vom Versicherungsnehmer fristgerecht gekündigt wird.
- 6.3 Die Versicherungsdeckung für ein Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit kann längstens bis zu dem Alter in Kraft bleiben, ab dem Anspruch auf eine Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) besteht.

Art. 7 Sistierung der Versicherungsdeckung

- 7.1 Die Sistierung ermöglicht die Beibehaltung der Versicherungsdeckung ohne Anspruch auf Leistungen während mindestens 6 und maximal 24 Monaten, wenn es sich um einen Auslandsaufenthalt oder einen obligatorischen Beitritt in einen Kollektivvertrag des Arbeitgebers mit identischen Leistungen handelt.
- 7.2 Die für die Aufrechterhaltung der Versicherungsdeckung fällige Prämie ist im Voraus zu entrichten.
- 7.3 Die Wiederinkraftsetzung ist für den Ersten eines Monats unter der Bedingung möglich, dass der Versicherungsnehmer dies schriftlich 30 Tage vorher beantragt. In diesem Fall tritt die Versicherungsdeckung ohne neue Prüfung des Gesundheitszustands und mit dem ursprünglichen Eintrittsalter wieder in Kraft.

III Anpassungen und Bezahlung der Prämien

Art. 8 Prämientarif und Tarifaltersgruppen

- 8.1 Die Ausgangsprämie ist in der Versicherungspolice erwähnt.
- 8.2 Die Prämien werden pro Kalenderjahr berechnet und sind im Prämientarif enthalten. Der Prämientarif sieht eine Staffelung der Prämien gemäss Alter des Versicherten bei Vertragsabschluss oder nach effektivem Alter, Geschlecht und Wohnsitz des Versicherten vor.
- 8.3 Der Versicherte, der die Obergrenze seiner Tarifaltersgruppe erreicht, wechselt automatisch zu Beginn des folgenden Kalenderjahres in die nächsthöhere Tarifaltersgruppe.
- 8.4 Es bestehen die folgenden Tarifaltersgruppen:
 - Kinder: 00–14 Jahre (od. 00–06 Jahre, 07–14 Jahre);
 - Jugendliche: 15–18 Jahre;
 - Junge Erwachsene: 19–25 Jahre;
 - Erwachsene: 26–30 Jahre, 31–35 Jahre, 36–40 Jahre, 41–45 Jahre, 46–50 Jahre, 51–55 Jahre, 61–65 Jahre.

- 8.5 Für die Zusatzversicherungen des Typs «ambulante» Leistungen wird die Tarifaltersgruppe zur Festsetzung der Prämie nach dem Alter des Versicherten bei Vertragsabschluss ermittelt.
- 8.6 Für die Zusatzversicherungen des Typs «stationäre» Leistungen wird die Tarifaltersgruppe zur Festsetzung der Prämie nach dem erreichten Alter ermittelt.
- 8.7 Für die Zusatzversicherungen des Typs «Zahnbehandlungen» wird die Tarifaltersgruppe zur Festsetzung der Prämie gemäss Art der gewählten Versicherungsdeckung ermittelt: entweder nach dem erreichten Alter oder nach dem Alter des Versicherten bei Vertragsabschluss.
- 8.8 Für die Taggeldversicherung bei Arbeitsunfähigkeit wird die Tarifaltersgruppe zur Festsetzung der Prämie nach dem erreichten Alter ermittelt.

Art. 9 Prämienänderung gemäss erreichtem Alter

Der aufgrund des erreichten Alters geltende Tarif ist ab 1. Januar des Kalenderjahres anwendbar, in dem der Versicherte die Altersgruppe wechseln muss.

Art. 10 Änderung der Tarife und Franchisen

- 10.1 Ändern sich die Prämien oder die Franchiseregulungen, vor allem aufgrund der Kostenentwicklung oder wegen eines Wechsels der Tarifaltersgruppe, nimmt die CSS die entsprechende Anpassung der abgeschlossenen Versicherungsdeckung vor. Die neuen Prämien werden gemäss den vom Bundesamt für Privatversicherungen genehmigten Modalitäten berechnet.
- 10.2 Änderungen der Prämien oder der Franchiseregulungen werden schriftlich spätestens 30 Tage vor ihrem Inkrafttreten mitgeteilt. Ist der Versicherungsnehmer mit den Änderungen nicht einverstanden, kann er die betroffene Versicherungsdeckung oder den gesamten Vertrag innerhalb von 30 Tagen nach Zustellung kündigen. Im gegenteiligen Fall wird angenommen, dass der Versicherungsnehmer die Änderung der Versicherungsdeckung akzeptiert hat.
- 10.3 Bei einem Wohnsitzwechsel hat der Versicherungsnehmer oder der Versicherte unverzüglich die CSS zu informieren. Die CSS nimmt, gegebenenfalls, automatisch die Anpassung der Prämie gemäss den für den neuen Wohnsitz geltenden Tarifen vor. Diese Änderung gibt nicht das Recht, die Versicherungsdeckung zu kündigen.

Art. 11 Prämienbezahlung

- 11.1 Die Prämien sind jährlich und im Voraus an den in der Police vereinbarten Fälligkeitsdaten zu bezahlen. Mittels Sondervereinbarung und Zahlung eines Zuschlags können sie auch halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich entrichtet werden.
- 11.2 Tritt der Vertrag im Laufe eines Monats in Kraft, so ist die Prämie für den gesamten Monat zu entrichten.

Art. 12 Prämienrückerstattung

- 12.1 Wird die Police gekündigt oder endet das Versicherungsverhältnis vor Fälligkeit wegen eines vom Gesetz oder vom Vertrag vorgesehenen Grundes, wird die Prämie nur bis zum Ende der Police geschuldet.
- 12.2 Die CSS erstattet dem Versicherten die bereits bezahlte Prämie anteilmässig für die nicht verbrauchte Versicherungsperiode zurück. Endet das Versicherungsverhältnis im Laufe eines Monats, bleibt die Prämie allerdings für den ganzen Monat geschuldet.

Art. 13 Verzug bei der Prämienbezahlung

- 13.1 Wird eine Prämie nicht innerhalb der vorgesehenen Frist bezahlt, wird der Versicherungsnehmer schriftlich und auf seine Kosten, unter Erwähnung der Verzugsfolgen, aufge-

fordert, die Zahlung innerhalb von 14 Tagen nach Versand der Mahnung vorzunehmen.

- 13.2 Bleibt die Mahnung ohne Wirkung, ruht die Leistungspflicht der CSS nach Ablauf dieser Frist.
- 13.3 Hat die CSS innerhalb von 2 Monaten nach Ablauf der Mahnfrist gemäss Art. 13.1 die ausstehende Prämie nicht rechtlich eingefordert, behält sich die CSS das Recht vor, vom Vertrag zurückzutreten und auf die Zahlung der ausstehenden Prämie zu verzichten.
- 13.4 Wird der Rückstand, der aus der Prämie, den Zinsen und den Kosten besteht, innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der 14-tägigen Frist bezahlt, wird die ausgesetzte Versicherungsdeckung wieder in Kraft gesetzt. Wird der Rückstand später bezahlt, kann die CSS die Wiederinkraftsetzung ablehnen oder sie von einer neuerlichen Untersuchung des Gesundheitszustands auf Kosten des Versicherten abhängig machen. Fälle, die während der Aussetzungsperiode aufgetreten sind, werden nie übernommen.

IV Kündigungrecht

Art. 14 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- 14.1 Der Versicherungsnehmer kann die Versicherung kündigen:
- a) auf Ende der ersten vereinbarten Versicherungsperiode, danach auf Ende jedes nachfolgenden Versicherungsjahres. Damit die Kündigung gültig ist, hat sie schriftlich zu erfolgen und muss bei der CSS mindestens drei Monate vor Beginn eines neuen Versicherungsjahres eingehen.
 - b) nach jedem Schadenfall, für den eine Leistung geschuldet wird. Damit die Kündigung gültig ist, muss sie spätestens 14 Tage nach dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsnehmer von der Auszahlung der Leistung Kenntnis erhalten hat, bei der CSS eingehen.
- 14.2 Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag im Jahr, das dem Vertragsabschluss folgt, hat die CSS Anspruch auf die Prämie für die laufende Versicherungsperiode.
- 14.3 Wird der Vertrag nach einem Schadenfall gekündigt, erlischt die Haftung von der CSS 14 Tage nach Mitteilung der Kündigung durch den Versicherungsnehmer.

Art. 15 Kündigung durch die CSS

Die CSS verzichtet auf ihr Recht, die Versicherungsdeckung

- a) nach Eintreten eines Schadenfalls, ausgenommen bei Anzeigepflichtverletzung, Betrug, Missbrauch oder versuchtem Missbrauch;
- b) zum Fälligkeitstermin der Versicherung zu kündigen.

V Begrenzung und Einschränkungen der Versicherungsdeckung

Art. 16 Begrenzung der Versicherungsdeckung

Es werden keine Leistungen gewährt

- a) für die bei Abschluss des Vertrags oder seiner Wiederinkraftsetzung bestehenden Krankheiten, Missbildungen, Gebrechen und Unfälle oder ihre Folgen;
- b) für Krankheiten sowie deren Komplikationen und Folgen wegen missbräuchlichen Konsums von Medikamenten, Drogen und Alkohol;
- c) für Behandlungen, die im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) nicht vom Bundesrat anerkannt sind sowie für alle prophylaktischen Massnahmen (vorbehaltlich der in den Speziellen Bedingungen vorgesehenen Leistungen) oder ästhetischen Behandlungen (einschliesslich Verjüngungs- und

Abmagerungskuren), die nicht die Folge eines von der CSS übernommenen Falls sind;

- d) für Krankheiten und Unfälle infolge kriegerischer Ereignisse. Wird der Versicherte ausserhalb der Schweiz von diesen Ereignissen überrascht, erlischt der Versicherungsschutz erst 14 Tage nach deren Beginn;
- e) für Unfälle, die sich ereigneten
 - bei Unruhen aller Art, es sei denn, der Versicherte beweist, dass er weder aktiv auf Seiten der Unruhestifter noch als Aufwiegler beteiligt war;
 - bei Teilnahme an Rennen mit motorbetriebenen Fahrzeugen und Geräten oder beim diesbezüglichen Training;
 - anlässlich der vorsätzlichen Begehung eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten oder beim Versuch dazu;
 - im Zusammenhang mit dem Dienst des Versicherten in einer ausländischen Armee;
- f) für Gesundheitsschäden, die auf die Wirkungen von ionisierenden Strahlen jeder Art zurückzuführen sind, ausser im Fall einer Berufskrankheit;
- g) bei Selbstverstümmelung, Selbstmord oder Selbstmordversuch, wenn diese Handlungen vom Versicherten in vollem Bewusstsein durchgeführt werden;
- h) für Krankheiten und Unfälle als Folge von Wagnissen. Ob es sich um ein Wagnis handelt, beurteilt die CSS aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen sowie der Rechtsprechung im Bereich der sozialen Unfallversicherung, die analog anwendbar sind;
- i) für absichtlich herbeigeführte Beeinträchtigungen der Gesundheit. Wurde die Beeinträchtigung durch grobe Fahrlässigkeit verursacht, kann die CSS ihre Leistungen in einem dem Grad des Verschuldens entsprechenden Verhältnis kürzen;
- j) für Unfälle, wenn die Ausdehnung auf dieses Risiko in der Versicherungsdeckung nicht vorgesehen ist;
- k) sofern die Rechnungen nicht innerhalb von 24 Monaten nach ihrer Erstellung der CSS übermittelt werden.

Art. 17 Grobe Fahrlässigkeit

Die CSS behält sich die Möglichkeit vor, ihre Leistungen bei grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers oder des Versicherten gemäss dem ihr gesetzlich zustehenden Recht zu kürzen.

VI Administrative Bestimmungen

Art. 18 Verpflichtungen des Versicherten und des Versicherungsnehmers bei Krankheit oder Unfall

- 18.1 Der Versicherte oder der Versicherungsnehmer muss die CSS verständigen, sobald er Kenntnis von einem Krankheitsfall oder Unfall hat, der Anspruch auf Leistungen gibt.
- 18.2 Für Krankheiten und Unfälle, die nicht innerhalb von 30 Tagen gemeldet werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen.
- 18.3 Der Versicherte muss die ärztlichen Anweisungen befolgen und sich, gegebenenfalls, von einem von der CSS bezeichneten Arzt, auf Kosten der CSS, untersuchen lassen. Andernfalls verliert er seinen Anspruch auf Leistungen.
- 18.4 Der Versicherte oder der Versicherungsnehmer muss der CSS alle für die Erledigung des Falls notwendigen Auskünfte und Unterlagen zur Verfügung stellen, darunter auch die Originalabrechnungen anderer Versicherer, die für denselben Fall Leistungen übernommen haben. Wenn er diese Unterlagen nicht einsendet, ist die CSS 14 Tage nach der schriftlichen Mahnung von ihrer Leistungspflicht entbunden.

Art. 19 Unverschuldete Verletzung der Verpflichtungen

Die CSS verzichtet darauf, bei Verletzung der dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherten obliegenden Pflichten die vorgesehenen Sanktionen anzuwenden, wenn diese Verletzung den Umständen nach als unverschuldet anzusehen ist.

Art. 20 Vergütung der Leistungen

Die CSS gewährt ihre Leistungen innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt sämtlicher Auskünfte und medizinischer Unterlagen, die es ermöglichen, ihre Leistungspflicht festzustellen. Die Franchise wird vom Betrag der geschuldeten Leistungen in Abzug gebracht.

Art. 21 Abtretung und Verpfändung

Der Versicherte oder der Versicherungsnehmer kann die bei der CSS versicherten Leistungen ohne schriftliche Einwilligung der CSS weder abtreten noch verpfänden.

Art. 22 Mitteilungen

- 22.1 Alle Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten müssen, um gültig zu sein, schriftlich an den Sitz der CSS oder an eine ihrer Agenturen adressiert werden.
- 22.2 Die CSS richtet in gültiger Weise alle ihre Mitteilungen an den letzten vom Versicherten oder dem Versicherungsnehmer angegebenen Wohnsitz.

Art. 23 Datenschutz

- 23.1 Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte ermächtigt die CSS, von den Leistungserbringern, Krankenversicherern (insbesondere für die obligatorische Krankenpflegeversicherung) und sonstigen Institutionen alle Daten einzuholen, die sie für die Beurteilung des Leistungsanspruchs benötigen könnte.
- 23.2 Die CSS garantiert die gewissenhafte Behandlung der im Rahmen des Versicherungsvertrags erworbenen Daten. Sie hält dabei die gesetzlichen Vorschriften ein.

VII Versicherungskumulierung und Leistungen Dritter

Art. 24 Doppelversicherung

Wenn der Versicherte weitere Versicherungen bei anderen Versicherern abgeschlossen hat, dürfen die aus allen Versicherungen zusammen bezahlten Leistungen die tatsächlichen Behandlungskosten nicht übersteigen. Die betroffenen Versicherer übernehmen die Kosten im Verhältnis der von ihnen gewährleisteten Garantien.

Art. 25 Leistungen eines Dritten

- 25.1 Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte muss die CSS über Art und Ausmass der Entschädigungen informieren, die er von einem Dritten erhält. Er kann ohne Ermächtigung der CSS keinen Vergleich mit einem Dritten abschliessen.
- 25.2 Bestreitet ein Dritter seine Verpflichtung, gewährt die CSS ihre Leistungen, sofern der Versicherungsnehmer oder der Versicherte ihr seine Ansprüche bis zur Höhe der bezahlten Beträge abtritt.
- 25.3 Insofern die Krankenpflegekosten oder das Taggeld bei Arbeitsunfähigkeit zu Lasten eines UVG-Versicherers, der Militärversicherung oder der Invalidenversicherung gehen, kann die CSS die Zahlung ihrer Leistungen von der Anmeldung des Falls bei der betroffenen Institution abhängig machen.

Art. 26 Koordinierung mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG

Ist der Versicherte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung) bei einem anderen Versicherer gedeckt, hat er der CSS die Originalabrechnung der von diesem Versicherer bezahlten Leistungen vorzulegen, um die bei der CSS versicherten Leistungen vergütet zu bekommen.

VIII Besondere Versicherungsdeckung

Art. 27 Patientenrechtsschutz

- 27.1 Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte, der bei der CSS eine Zusatzversicherung abgeschlossen hat, genießt weltweit, gemäss den Bedingungen der Rechtsschutzorganisation, mit der die CSS einen Vertrag abgeschlossen hat, Patientenrechtsschutz. Der Versicherte erhält eine Kopie der Bedingungen.
- 27.2 Die CSS übernimmt Anwaltshonorare und Kosten des Rechtsbeistands bei Prozessführung, Expertisekosten, Gerichts- und Verfahrenskosten sowie Prozessentschädigungen an die Gegenpartei bis zu den Höchstbeträgen, die pro Rechtsfall in Europa und ausserhalb Europas in den Bedingungen der Rechtsschutzorganisation vorgesehen sind, mit der die CSS einen Vertrag abgeschlossen hat.

IX Schlussbestimmungen

Art. 28 Erfüllungsort und Gerichtsstand

- 28.1 Der Erfüllungsort befindet sich am schweizerischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder des Versicherten.
- 28.2 Im Streitfall kann der Anspruchsberechtigte bei den zuständigen Gerichten seines schweizerischen Wohnsitzes oder denjenigen des Sitzes der CSS Klage erheben.