



Versicherungsbedingungen

Ausgabe 2012

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)	
ÖKK BASIS	Seite 2
2. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	
Gemeinsame Bestimmungen	Seite 10
ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ und ÖKK PRIVAT-ZUSATZ	Seite 19
ÖKK OPTIMA	Seite 25
ÖKK PREMIUM	Seite 29
ÖKK KOMBI	Seite 33
ÖKK FAMILY	Seite 40
ÖKK FAMILY FLEX	Seite 46
ÖKK SALTO	Seite 52
ÖKK DENTAL	Seite 58
ÖKK TOURIST	Seite 61
ÖKK PROTECT	Seite 65
ÖKK Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Unfall	Seite 68
ÖKK Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Krankheit	Seite 74
ÖKK COMPENSA	Seite 80

ÖKK BASIS

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 1.1.2012

Inhaltsverzeichnis

1. Versicherungsgrundlagen

- 1.1. Versicherungsträger
- 1.2. Rechtsgrundlagen
- 1.3. Zweck

2. Versicherung

- 2.1. Versicherte
- 2.2. Annahmeverfahren
 - 2.2.1. Antragstellung
 - 2.2.2. Versicherungspolice und AVB
- 2.3. Versicherungsdauer
- 2.4. Wohnsitzverlegung
 - 2.4.1. Im Allgemeinen
 - 2.4.2. Wegzug ins Ausland
- 2.5. Unfalldeckung
 - 2.5.1. Sistierung der Unfalldeckung
 - 2.5.2. Ausscheiden aus der Unfallversicherung
- 2.6. Wechsel von Versicherungsformen
- 2.7. Versicherungsende
 - 2.7.1. Im Allgemeinen
 - 2.7.2. Kündigung
 - 2.7.3. Folgen der Versicherungsbeendigung

3. Leistungen

- 3.1. Allgemeine Leistungsbedingungen
 - 3.1.1. Anspruchsberechtigung
 - 3.1.2. Leistungen bei Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen, Mutterschaft
 - 3.1.3. Leistungen im Ausland
 - 3.1.4. Leistungsvoraussetzung
 - 3.1.5. Rechnungsstellung, Rückerstattung
 - 3.1.6. Mitwirkungspflichten
- 3.2. Ambulante Behandlung
 - 3.2.1. Leistungsdauer
 - 3.2.2. Leistungserbringer
 - 3.2.3. Leistungsumfang
 - 3.2.4. Wahl des Leistungserbringers
 - 3.2.5. Medikamente
 - 3.2.6. Analysen
 - 3.2.7. Hilfsmittel
 - 3.2.8. Alternativmedizin
 - 3.2.9. Medizinische Prävention
- 3.3. Stationäre Behandlung
 - 3.3.1. Spital
 - 3.3.2. Kostengutsprache, Rechnungstellung

- 3.4. Pflegeleistungen
- 3.5. Badekuren
- 3.6. Transport- und Rettungskosten
- 3.7. Zahnärztliche Behandlung
- 3.8. Mutterschaft
 - 3.8.1. Leistungsumfang
 - 3.8.2. Pflegekosten des Kindes
 - 3.8.3. Geburtsvorbereitung und Stillberatung
- 3.9. Leistungseinschränkungen
 - 3.9.1. Kürzung und Einstellung der Leistung
 - 3.9.2. Übersetzte Rechnungsstellung und unwirtschaftliche Behandlung
 - 3.9.3. Rückerstattungspflicht
- 3.10. Leistungen Dritter, Überentschädigung
 - 3.10.1. Leistungen Dritter
 - 3.10.2. Überentschädigung

4. ÖKK BASIS CASAMED

- 4.1. Zweck
- 4.2. Grundsatz
- 4.3. Ausnahmen

5. ÖKK BASIS ECOPLAN

- 5.1. Zweck
- 5.2. Grundsatz
- 5.3. Ausnahmen

6. Kostenbeteiligung

- 6.1. Ordentliche Kostenbeteiligung
 - 6.1.1. Franchise und Selbstbehalt
 - 6.1.2. Selbstbehalt bei Medikamenten
 - 6.1.3. Spitalbeitrag
- 6.2. Wahlfranchise

7. Prämie

- 7.1. Prämienfestsetzung
- 7.2. Prämienreduktionen
- 7.3. Prämienverbilligung
- 7.4. Prämienbefreiung bei Militär- und Zivildienst
- 7.5. Extrabeiträge
- 7.6. Zahlung
 - 7.6.1. Fälligkeit und Zahlungsperiode
 - 7.6.2. Zahlungsverzug
 - 7.6.3. Verpfändung und Abtretung

8. Kollektivversicherung

- 8.1. Im Allgemeinen
- 8.2. Abweichende Bedingungen
- 8.3. Übertritt in die Einzelversicherung

9. Rechtspflege

- 9.1. Verfügung
- 9.2. Einsprache
- 9.3. Kantonales Versicherungsgericht
- 9.4. Rechtskraft
- 9.5. Rechtsschutz

10. Schlussbestimmungen

- 10.1. Änderungen
- 10.2. Inkraftsetzung

Die in diesen AVB gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen.

1. Versicherungsgrundlagen

1.1. Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Landquart (ÖKK).

1.2. Rechtsgrundlagen

Es gelten diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

1.3. Zweck

ÖKK BASIS ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG.

Sie erbringt Leistungen bei Krankheit, Unfall und bei Mutterschaft.

2. Versicherung

2.1. Versicherte

Versichert sind insbesondere Personen mit Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet von ÖKK. Der Versichertenkreis richtet sich nach Art. 3 KVG.

2.2. Annahmeverfahren

2.2.1. Antragstellung

Der Antrag erfolgt mittels vorgedrucktem ÖKK Formular. Die auf dem Formular gestellten Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.

2.2.2. Versicherungspolice und AVB

Der Versicherte erhält nach Annahme eine Versicherungspolice und diese AVB.

2.3. Versicherungsdauer

Beginn und Ende der Versicherung richten sich nach Art. 5 KVG.

2.4. Wohnsitzverlegung

2.4.1. Im Allgemeinen

Änderungen der Adresse und Verlegung des Wohnsitzes sind ÖKK innert 30 Tagen zu melden. Als Wohnortwechsel gilt die Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes.

2.4.2. Wegzug ins Ausland

Arbeitnehmer, die von ihrem Unternehmen mit Sitz in der Schweiz ins Ausland entsandt werden, bleiben zwei Jahre und auf Antrag bis zu sechs Jahre weiterversichert.

Einer zeitlich unbeschränkten Versicherungspflicht unterstehen Personen, welche nach Abkommen über den freien Personenverkehr in einem Mitgliedstaat der EU wohnen und in der Schweiz versicherungspflichtig bleiben sowie Personen im öffentlichen Dienst mit Tätigkeit im Ausland. Im gleichen Umfang können sich die Familienangehörigen weiterversichern.

Bei Wegzug ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

Bei Behandlungen in einem Mitgliedstaat der EU leistet ÖKK BASIS nach den im entsprechenden Staat geltenden Sozialversicherungstarifen.

Im übrigen Ausland leistet ÖKK bis maximal zum doppelten Betrag der am letzten schweizerischen Wohnort gültigen Tarife.

2.5. Unfalldeckung

2.5.1. Sistierung der Unfalldeckung

Versicherte, die für Berufs- und Nichtberufsunfälle obligatorisch versichert sind, können die Sistierung der Unfalldeckung beantragen.

Die Prämie wird auf Beginn des dem Antrag folgenden Monats angepasst.

2.5.2. Ausscheiden aus der Unfallversicherung

Scheidet der Versicherte aus der Unfallversicherung gemäss UVG aus, hat er dies ÖKK innerhalb eines Monats zu melden.

2.6. Wechsel von Versicherungsformen

Der Wechsel der Franchisehöhe erfolgt auf Beginn eines Kalenderjahres. Bei Wechsel in eine tiefere Franchise beträgt die Kündigungsfrist drei Monate auf Ende des Kalenderjahres.

Der Wechsel von ÖKK BASIS in ÖKK BASIS CASAMED oder ÖKK BASIS ECOPLAN oder umgekehrt erfolgt auf Beginn eines Kalendermonats. Bei Wechsel von ÖKK BASIS CASAMED oder ÖKK BASIS ECOPLAN in ÖKK BASIS beträgt die Kündigungsfrist drei Monate auf Ende des Kalenderjahres.

2.7. Versicherungsende

2.7.1. Im Allgemeinen

Die Versicherung endet bei

- Kündigung;
- Wegzug ins Ausland ausser bei Weiterbestehen der Versicherungspflicht;
- Tod;
- amtlicher Streichung.

Die gesetzlichen Ausschlussgründe bei Verletzung der Pflichten als Versicherter bleiben vorbehalten.

2.7.2. Kündigung

Der Versicherte kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Kalendersemesters kündigen.

Bei Mitteilung der neuen Prämie kann der Versicherte unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats kündigen, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

In beiden Fällen ist das Datum des Zugangs der Kündigung bei ÖKK massgebend.

Das Versicherungsverhältnis endet gegenüber ÖKK erst, wenn der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass der Versicherte bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist.

2.7.3. Folgen der Versicherungsbeendigung

Nach Beendigung der Versicherung bestehen, abgesehen von ausstehenden Versicherungsleistungen, keinerlei rechtliche Ansprüche an ÖKK.

Der Versicherte hat seinen finanziellen Verpflichtungen gegenüber ÖKK nachzukommen.

3. Leistungen

3.1. Allgemeine Leistungsbedingungen

3.1.1. Anspruchsberechtigung

Die Anspruchsberechtigung besteht während der Versicherungsdauer.

3.1.2. Leistungen bei Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen, Mutterschaft

ÖKK BASIS leistet für Diagnose und Behandlung von Krankheiten, Unfällen, Geburtsgebrechen und Mutterschaft.

Die Leistungen umfassen insbesondere:

- ärztliche und chiropraktische Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen;
- ärztlich verordnete Medikamente, Analysen und Hilfsmittel;
- ärztliche oder ärztlich verordnete Präventivmassnahmen;
- Spitalaufenthalt entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung;
- medizinische Rehabilitationsmassnahmen;
- Pflegemassnahmen in einem Pflegeheim;
- spitalexterne Pflegeleistungen;
- ärztlich verordnete Badekuren;
- Rettungskosten und medizinisch notwendige Transportkosten;
- zahnärztliche Behandlungen;
- Mutterschaftsleistungen.

3.1.3. Leistungen im Ausland

ÖKK BASIS leistet für Behandlungen im Ausland bei Notfall. Für Behandlungen in einem Mitgliedstaat der EU leistet ÖKK BASIS entsprechend den dort geltenden Sozialversicherungstarifen. Im übrigen Ausland leistet ÖKK BASIS bis zum doppelten Betrag der am schweizerischen Wohnort gültigen Tarife.

Gemäss den Bestimmungen des Abkommens über den freien Personenverkehr, können sich versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU in ihrem Wohnland behandeln lassen.

3.1.4. Leistungsvoraussetzung

ÖKK BASIS übernimmt Kosten für Leistungen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Als wirtschaftlich gelten Leistungen, wenn sie sich auf das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

ÖKK kann mit Leistungserbringern begleitende Massnahmen vereinbaren, um für den Versicherten die wirksamste, zweckmässigste und wirtschaftlichste Behandlung sicher zu stellen.

ÖKK erstattet Leistungen von anerkannten Leistungserbringern gemäss KVG.

3.1.5. Rechnungsstellung, Rückerstattung

Der Versicherte schuldet dem Leistungserbringer die verrechneten Leistungen, wenn zwischen ÖKK und dem Leistungserbringer nicht direkt abgerechnet wird.

Fordert der Versicherte eine Rückerstattung von ÖKK, hat er Rechnungen und Rezepte einzureichen. Nach Prüfung des Leistungsanspruches erstattet ÖKK dem Versicherten den Rechnungsbetrag abzüglich Kostenbeteiligung.

Der Versicherte kann Rechnungen vor deren Bezahlung von ÖKK prüfen lassen.

3.1.6. Mitwirkungspflichten

Der Versicherte hat alles zu tun, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere hat er den Anordnungen von Medizinalpersonen Folge zu leisten.

Der Versicherte unterstützt im Rahmen begleitender Massnahmen von ÖKK die Tätigkeit des Gesundheitsberaters und erteilt ihm die notwendigen Auskünfte.

Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich der Versicherte diesen zu unterziehen.

Der Versicherte erteilt ÖKK unentgeltlich alle Auskünfte, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind. Insbesondere informiert der Versicherte über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität.

Der Versicherte hat im Einzelfall alle Personen und Stellen, namentlich Arbeitgeber, Ärzte, Versicherungen und Amtsstellen zu ermächtigen, diejenigen Auskünfte zu erteilen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlich sind, sofern die betreffenden Personen oder Stellen nicht bereits von Gesetzes wegen zur Auskunftserteilung verpflichtet sind.

Auf Verlangen hat sich der Versicherte durch einen zweiten Arzt oder den Vertrauensarzt von ÖKK untersuchen zu lassen. ÖKK trägt die Kosten.

Der Versicherte hat ÖKK einen Unfall spätestens innerhalb von zehn Tagen zu melden. Er stellt ÖKK sämtliche erforderlichen Informationen zur Verfügung.

Kommt der Versicherte, den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, kann ÖKK über den Anspruch auf Leistung entweder auf Grund der Akten verfügen oder auf das Anspruchsbegehren nicht eintreten.

3.2. Ambulante Behandlung

3.2.1. Leistungsdauer

Bei ambulanter Behandlung werden die Leistungen gemäss KVG zeitlich unbeschränkt ausgerichtet.

3.2.2. Leistungserbringer

Anerkannte Leistungserbringer sind insbesondere:

- Ärzte;
- Apotheker;
- Chiropraktoren;
- Hebammen;
- Laboratorien;
- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände;
- Physiotherapeuten;
- Ergotherapeuten;
- Krankenpfleger;
- Logopäden.

3.2.3. Leistungsumfang

ÖKK BASIS leistet für ambulante Behandlung gemäss den am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten geltenden Verträgen und Tarifen.

ÖKK BASIS leistet für medizinisch notwendige ambulante Behandlung ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten gemäss den am Behandlungsort geltenden Verträgen und Tarifen.

3.2.4. Wahl des Leistungserbringers

Der Versicherte kann unter den gemäss KVG zur Behandlung zugelassenen Leistungserbringern wählen.

Leistungen werden aufgrund von vereinbarten Verträgen und Tarifen zwischen den Leistungserbringern und ÖKK berechnet.

3.2.5. Medikamente

ÖKK BASIS leistet für ärztlich verordnete Medikamente gemäss der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) und der Spezialitätenliste (SL) des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI).

3.2.6. Analysen

ÖKK BASIS leistet für ärztlich angeordnete Analysen zu diagnostischen Zwecken oder zur Therapiekontrolle, soweit sie in der Analysenliste (AL) des EDI enthalten sind und von einem Apotheker oder einem Laboratorium ausgeführt werden.

3.2.7. Hilfsmittel

ÖKK BASIS leistet für Mittel und Gegenstände gemäss Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL).

3.2.8. Alternativmedizin

ÖKK BASIS leistet für ärztliche alternativmedizinische Behandlung gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).

3.2.9. Medizinische Prävention

ÖKK BASIS leistet für ärztlich verordnete präventive Untersuchungen oder Massnahmen gemäss KLV, insbesondere Kinderimpfungen und gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen.

3.3. Stationäre Behandlung

3.3.1. Spital

ÖKK BASIS leistet für akute stationäre Behandlung und medizinische Rehabilitation entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung eines Spitals.

Der Versicherte kann das Spital in der Schweiz wählen, das auf einer Spitalliste eines Kantons aufgeführt ist (Listenspital).

ÖKK BASIS leistet bis zur Höhe des Tarifs, der in einem Listenspital im Wohnkanton gilt.

ÖKK BASIS leistet bei medizinisch notwendiger Behandlung und bei Notfall bis zur Höhe des Tarifs, der im Listenspital des Standortkantons gilt.

ÖKK BASIS leistet bei Behandlung in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines Listenspitals bis zur Höhe des Tarifs, der in der allgemeinen Abteilung eines Listenspitals im Wohnkanton gilt.

3.3.2. Kostengutsprache, Rechnungstellung

ÖKK erteilt dem Versicherten bei vorliegender Einweisungsdiagnose Kostengutsprache im Rahmen seines Leistungsanspruchs.

3.4. Pflegeleistungen

ÖKK BASIS leistet für ärztlich verordnete ambulante Pflegeleistungen, die von anerkannten spitalexternen Organisationen oder Krankenpflegern beim Versicherten zuhause erbracht werden.

ÖKK BASIS leistet für ärztlich verordnete Pflegeleistungen im anerkannten Pflegeheim gemäss Art. 39 Abs. 3 KVG.

3.5. Badekuren

ÖKK BASIS leistet bis CHF 10 pro Tag, bis 21 Tage pro Kalenderjahr für eine ärztlich verordnete Badekur.

Der Versicherte kann das ärztlich geleitete, anerkannte Heilbad in der Schweiz wählen.

ÖKK BASIS leistet auch, wenn der Versicherte nicht stationär im Heilbad untergebracht ist.

ÖKK ist die ärztliche Verordnung mit Diagnose zwei Wochen vor Kurantritt zuzustellen.

ÖKK BASIS leistet bei Unterbrechung der Kur für Teilkurkosten, wenn die Unterbrechung durch Krankheit oder andere zwingende Gründe bedingt war und dafür ein kurärztliches Zeugnis vorliegt.

3.6. Transport- und Rettungskosten

ÖKK BASIS leistet 50%, bis CHF 500 pro Kalenderjahr der Kosten eines medizinisch notwendigen Transportes.

ÖKK BASIS leistet 50%, bis CHF 5'000 pro Kalenderjahr der Kosten einer Rettung in der Schweiz.

3.7. Zahnärztliche Behandlung

ÖKK BASIS leistet für schwere krankheits- und unfallbedingte zahnärztliche Behandlungen gemäss KLV.

ÖKK BASIS leistet gemäss den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen, wenn der Zahnarzt gemäss KVG zur Behandlung zugelassen ist und Diagnose, Behandlungsplan und Kostenvorschlag vorliegen.

3.8. Mutterschaft

3.8.1. Leistungsumfang

ÖKK BASIS leistet für die von Ärzten oder Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten medizinisch notwendigen Kontrolluntersuchungen in der Schwangerschaft und innerhalb von 10 Wochen nach der Geburt. Ohne besondere medizinische Indikation werden bis sieben Untersuchungen in der Schwangerschaft sowie eine Nachkontrolle erstattet.

ÖKK BASIS leistet bei Geburt zu Hause, im Spital oder in einem Geburtshaus gemäss den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen.

3.8.2. Pflegekosten des Kindes

ÖKK BASIS der Mutter leistet für die Pflegekosten des Kindes, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält, wenn es bei ÖKK versichert wird.

3.8.3. Geburtsvorbereitung und Stillberatung

ÖKK BASIS leistet bis CHF 100 für einen Geburtsvorbereitungskurs und erstattet die Kosten von bis zu drei Stillberatungen.

3.9. Leistungseinschränkungen

3.9.1. Kürzung und Einstellung der Leistung

Für die Behandlung von Krankheiten oder von Unfallfolgen, die von einer anderen Versicherung oder von dritter Seite zu decken sind, besteht kein Leistungsanspruch.

Die Leistungen können vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden, wenn sich der Versicherte einer zumutbaren Behandlung entzieht, diese verweigert oder nicht aus eigenem Antrieb das Zumutbare dazu beiträgt. Der Versicherte ist vorgängig schriftlich zu mahnen und darauf hinzuweisen, dass die Leistungen gekürzt oder verweigert werden.

3.9.2. Übersetzte Rechnungsstellung und unwirtschaftliche Behandlung

Bei übersetzter Rechnungsstellung oder bei unwirtschaftlicher Behandlung kann ÖKK die Vergütung verweigern oder kürzen. Sie kann ihre Zahlung von der Zession der Reduktionsforderung abhängig machen. Bereits bezahlte Vergütungen können von ÖKK oder vom Versicherten beim Leistungserbringer zurückgefordert werden.

3.9.3. Rückerstattungspflicht
Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen können von ÖKK zurückgefordert werden.

3.10. Leistungen Dritter, Überentschädigung

3.10.1. Leistungen Dritter
Haftet für eine Krankheit oder einen Unfall ein Dritter aus Gesetz, Vertrag oder Verschulden, gehen die Ansprüche des Versicherten gegenüber dem Dritten im Ausmass der erbrachten Leistung an ÖKK über. Gibt es mehrere Haftpflichtige, haften diese für Rückgriffsansprüche von ÖKK solidarisch.

Sind andere Sozialversicherungen leistungspflichtig, ist ÖKK vorleistungspflichtig.

3.10.2. Überentschädigung
Leistungen aus Sozialversicherungen und von anderen Leistungspflichtigen dürfen die dem Versicherten durch den Versicherungsfall entstandenen Kosten nicht übersteigen.

Bei Überentschädigung, kürzt ÖKK die Leistung.

4. ÖKK BASIS CASAMED

4.1. Zweck

ÖKK BASIS CASAMED ist eine besondere Form von ÖKK BASIS. Die Wahl der Leistungserbringer ist eingeschränkt.

4.2. Grundsatz

ÖKK bestimmt die Hausärzte, denen die Behandlung des Versicherten grundsätzlich anvertraut ist (Hausarztprinzip).

Eine telemedizinische Institution kann als Hausarzt anerkannt werden.

Der Wechsel des Hausarztes ist möglich. Es bedarf der Mitteilung an den Versicherten oder an den Versicherer. Die zur Behandlung notwendigen Unterlagen gehen an den neuen Hausarzt.

ÖKK kann die Wahl von Ärzten, Therapeuten und weiteren Leistungserbringern wie Spitäler, Apotheken, Sanitätsfachgeschäfte einschränken.

ÖKK kann für Behandlungen bei Kinderärzten ein Alterslimit bestimmen.

ÖKK BASIS CASAMED leistet, wenn die Leistung vom Hausarzt, bei dem der Versicherte eingeschrieben ist, erbracht oder verordnet wird. Bei Fehlen der Überweisung kann die Leistung gekürzt werden. Überweisungen durch Leistungserbringer, an die der Hausarzt überwiesen hat, benötigen seine Zustimmung.

ÖKK BASIS CASAMED leistet nicht, wenn die Leistung von einem Leistungserbringer erbracht wird, der nicht zur Wahl steht. Die Kosten trägt der Versicherte.

ÖKK kann den Versicherten bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten in ÖKK BASIS umteilen.

Ist aufgrund längerer örtlicher Abwesenheit des Versicherten die Behandlung durch den zuständigen Hausarzt nicht sichergestellt, kann ÖKK eine sofortige Umteilung in ÖKK BASIS vornehmen.

4.3. Ausnahmen

ÖKK BASIS CASAMED leistet für Routinebehandlungen von Augen-, Frauen- und Kinderärzten ohne vorgängige Konsultation des Hausarztes. Führen sie weitergehende Behandlungen durch, ist der Hausarzt zu konsultieren.

ÖKK BASIS CASAMED leistet im Notfall ohne Einschränkung bei der Wahl von Ärzten und anderen Leistungserbringern. Der Versicherte informiert seinen Hausarzt über den Notfall innert 20 Tagen.

Vorbehalten bleibt eine vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

5. ÖKK BASIS ECOPLAN

5.1. Zweck

ÖKK BASIS ECOPLAN ist eine besondere Form von ÖKK BASIS. Die Wahl der Spitäler ist eingeschränkt.

5.2. Grundsatz

ÖKK bestimmt die Spitäler, denen die Behandlung des Versicherten grundsätzlich anvertraut ist.

ÖKK BASIS ECOPLAN leistet nicht, wenn die Leistung von einem Spital erbracht wird, das nicht zur Wahl steht. Die Kosten trägt der Versicherte.

ÖKK kann den Versicherten bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten in ÖKK BASIS umteilen.

Ist aufgrund längerer örtlicher Abwesenheit des Versicherten die Behandlung durch das zuständige Spital nicht sichergestellt, kann ÖKK eine sofortige Umteilung in ÖKK BASIS vornehmen.

5.3. Ausnahmen

ÖKK BASIS ECOPLAN leistet für Behandlungen, die in einem ECOPLAN Spital nicht erbracht werden können.

ÖKK BASIS CASAMED leistet im Notfall ohne Einschränkung bei der Wahl des Spitals.

Vorbehalten bleibt eine vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

6. Kostenbeteiligung

6.1. Ordentliche Kostenbeteiligung

6.1.1. Franchise und Selbstbehalt
Der Versicherte beteiligt sich mit einer Franchise und einem Selbstbehalt an den Kosten der für ihn erbrachten Leistungen.

Die Franchise beträgt CHF 300 pro Kalenderjahr für Erwachsene. Sie entfällt bei Kindern.

Der Selbstbehalt beträgt 10% der die Franchise übersteigenden Leistungen, höchstens CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder pro Kalenderjahr.

Die Kostenbeteiligung aller in ÖKK BASIS versicherten Kinder einer Familie ist begrenzt auf CHF 1'000 pro Kalenderjahr.

Bei Mutterschaft entfällt die Kostenbeteiligung.

6.1.2. Selbstbehalt bei Medikamenten

Der Versicherte beteiligt sich beim Bezug eines Medikamentes grundsätzlich mit 10%. Für Originalpräparate, die wesentlich teurer sind als Medikamente mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung, gilt ein Selbstbehalt von 20%. Einzelheiten regelt die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).

6.1.3. Spitalbeitrag

Der Versicherte beteiligt sich mit einem Beitrag von CHF 15 pro Tag an den Aufenthaltskosten im Spital.

Keinen Beitrag zu entrichten haben Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, Jugendliche bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, wenn sie in Ausbildung sind und Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.

6.2. Wahlfranchise

Der Versicherte kann an Stelle der ordentlichen Franchise eine höhere Franchise wählen:

Erwachsene	CHF 500
	CHF 1'000
	CHF 1'500
	CHF 2'000
	CHF 2'500
Kinder	CHF 200
	CHF 400
	CHF 600

Einzelne Wahlfranchisen werden nicht in allen Versicherungsformen angeboten.

Die Kostenbeteiligung aller in ÖKK BASIS versicherten Kinder einer Familie ist begrenzt auf die zweifache Kostenbeteiligung (Wahlfranchise und Selbstbehalt) eines Kindes.

Haben die Kinder unterschiedliche Wahlfranchisen, bemisst sich die Kostenbeteiligung aller in ÖKK BASIS versicherten Kinder einer Familie an der höchsten Franchise.

7. Prämie

7.1. Prämienfestsetzung

ÖKK legt die Prämien fest. Sie können kantonale und regional nach Kostenunterschieden abgestuft werden.

7.2. Prämienreduktionen

Reduzierte Prämien gelten für Versicherte

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres;
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres;
- bei Sistierung der Unfall-Deckung;
- mit Wahlfranchise;
- in ÖKK BASIS CASAMED;
- in ÖKK BASIS ECOPLAN.

7.3. Prämienverbilligung

Die individuelle Prämienverbilligung richtet sich nach Art. 65 KVG.

7.4. Prämienbefreiung bei Militär- und Zivildienst

Prämienbefreit sind Versicherte, die an mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen der Militärversicherung (MV) unterstellt sind.

7.5. Extrabeiträge

In Zeiten aussergewöhnlicher Inanspruchnahme kann ÖKK einen Extrabeitrag erheben.

7.6. Zahlung

7.6.1. Fälligkeit und Zahlungsperiode

Die Prämie ist im Voraus zu bezahlen. Die kürzeste Zahlungsperiode ist der Kalendermonat. Die Prämie ist ohne Unterbruch zu entrichten, auch bei Krankheit, Unfall, Arbeitsunfähigkeit oder bei Ruhen der Anspruchsberechtigung. Beginnt oder erlischt die Versicherung im Verlaufe eines Kalendermonats, ist die ganze Monatsprämie geschuldet.

7.6.2. Zahlungsverzug

Bezahlt der Versicherte fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, stellt ÖKK ihm nach mindestens einer schriftlichen Mahnung eine Zahlungsaufforderung zu. Darin setzt ÖKK eine Nachfrist von dreissig Tagen an und weist den Versicherten auf die Folgen des Zahlungsverzuges hin. Bezahlt der Versicherte trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen nicht innert der gesetzten Frist, leitet ÖKK die Betreuung ein.

Solange der Versicherte seine ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinsen und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt hat, kann er den Versicherer nicht wechseln.

7.6.3. Verpfändung und Abtretung

Forderungen gegenüber ÖKK können nicht verpfändet und nur in den vom KVG vorgesehenen Fällen abgetreten werden.

8. Kollektivversicherung

8.1. Im Allgemeinen

ÖKK kann Kollektivversicherungsverträge für bestimmte Personengruppen abschliessen.

8.2. Abweichende Bedingungen

Es gelten grundsätzlich die gleichen Leistungen und Prämien wie für Einzelversicherte.

Die Versicherungsbedingungen können von diesen AVB abweichen. Die Bedingungen des Kollektivversicherungsvertrages gehen diesen AVB vor.

Abweichende Bedingungen betreffen insbesondere:

- ein vereinfachtes Aufnahmeverfahren;
- einen anderen Prämienzahlungsmodus;
- den Kollektivversicherungspartner als Prämienschuldner;
- die Übertragung der Informationspflicht auf den Kollektivversicherungspartner;
- ein abweichendes Verfahren bei Leistungsabwicklung und Kostenbeteiligung;
- ein vereinfachtes Verfahren bei Unfallausschluss.

8.3. Übertritt in die Einzelversicherung

Ein Versicherter, der aus dem Versichertenkreis des Kollektivvertrages ausscheidet oder dessen Kollektivvertrag dahinfällt, wird in der Einzelversicherung weiterversichert.

9. Rechtspflege

9.1. Verfügung

Ist ein Versicherter oder eine Antrag stellende Person mit einem Entscheid nicht einverstanden, erlässt ÖKK auf Verlangen innert 30 Tagen eine schriftliche, begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung.

9.2. Einsprache

Gegen diese Verfügung kann bei ÖKK innert 30 Tagen seit Zustellung Einsprache erhoben werden. ÖKK prüft die Einsprache und erlässt einen schriftlichen, begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.

9.3. Kantonales Versicherungsgericht

Gegen Einspracheentscheide kann beim kantonalen Versicherungsgericht innert 30 Tagen seit Zustellung des Einspracheentscheides Beschwerde erhoben werden.

Zur Beschwerde ist berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in welchem der Versicherte resp. der Beschwerde führende Dritte Wohnsitz hat. Das Versicherungsgericht kann auch angerufen werden, wenn ÖKK innert Frist keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

Befindet sich der Wohnsitz des Versicherten oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich der letzte schweizerische Wohnsitz befand oder in dem der letzte schweizerische Arbeitgeber seinen Sitz hat. Lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, ist das Versicherungsgericht am Sitz von ÖKK zuständig.

9.4. Rechtskraft

Die Verfügung oder der Einspracheentscheid von ÖKK erwächst mit unbenutztem Ablauf der Einsprache- oder Beschwerdefrist oder mit rechtskräftiger Abweisung der Beschwerde in Rechtskraft. Die auf Geldzahlungen gerichteten rechtskräftigen Verfügungen sind vollstreckbaren Gerichtsurteilen im Sinne von Art. 80 des Gesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) gleichgestellt.

9.5. Rechtsschutz

Bei Honorarstreitigkeiten des Versicherten mit Leistungserbringern gemäss KVG kann ÖKK auf Begehren des Versicherten seine Vertretung vor den zuständigen Gerichten auf ihre Kosten übernehmen, sofern das Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint.

10. Schlussbestimmungen

10.1. Änderungen

Änderungen dieser AVB werden dem Versicherten durch schriftliche Mitteilung, in der Versichertenzeitschrift oder durch amtliche Publikation mitgeteilt.

10.2. Inkraftsetzung

Diese AVB treten am 1.1.2012 in Kraft und ersetzen die vom 1.1.2011.

Gemeinsame Bestimmungen

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2012

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung

- 1.1. Grundsatz
- 1.2. Versicherungsträger
- 1.3. Gegenstand der Versicherung
- 1.4. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
- 1.5. Bedingungen für die Kollektivversicherung
- 1.6. Versicherungsvertragsgesetz

2. Versicherungsabteilungen

- 2.1. Versicherungsmöglichkeiten
- 2.2. Änderungen der Versicherungsabteilungen
- 2.3. Gewählte Versicherungsabteilungen

3. Versicherte Personen

- 3.1. Einzelversicherung
- 3.2. Kollektivversicherung

4. Beginn und Dauer der Versicherung

- 4.1. Verfahren bei Versicherungsabschluss
 - 4.1.1. Antrag
 - 4.1.2. Auskunftspflicht
 - 4.1.3. Unterlagen, Dokumente
 - 4.1.4. Widerrufsrecht
- 4.2. Beginn der Versicherung
- 4.3. Dauer der Versicherung
 - 4.3.1. Im Allgemeinen
 - 4.3.2. Längere Versicherungsdauer
 - 4.3.3. Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses
 - 4.3.4. Verlängerung der Versicherung
- 4.4. Änderung der Versicherung
 - 4.4.1. Änderung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer
 - 4.4.2. Änderung durch den Versicherer
- 4.5. Sistierung der Versicherung
 - 4.5.1. Voraussetzung
 - 4.5.2. Dauer und Umfang der Sistierung

5. Beendigung der Versicherung

- 5.1. Kündigung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer
 - 5.1.1. Ordentliche Kündigung
 - 5.1.2. Kündigung im Schadenfall
 - 5.1.3. Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages

- 5.2. Kündigungsverzicht durch den Versicherer

- 5.3. Übrige Beendigungsgründe

6. Leistungen

- 6.1. Begriffsdefinitionen
 - 6.1.1. Krankheit
 - 6.1.2. Unfall
 - 6.1.3. Mutterschaft
- 6.2. Leistungsbereich
 - 6.2.1. Örtlicher Leistungsbereich
 - 6.2.2. Zeitlicher Leistungsbereich
- 6.3. Versicherte Leistungen
 - 6.3.1. Leistungsumfang
 - 6.3.2. Wirtschaftlichkeit der Behandlung
 - 6.3.3. Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen
- 6.4. Leistungsbeschränkungen
 - 6.4.1. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle
 - 6.4.2. Leistungsausschluss
 - 6.4.3. Leistungseinschränkungen

7. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

- 7.1. Meldepflicht
- 7.2. Schadenminderung
- 7.3. Auskunftspflicht

8. Prämien und Zahlungen

- 8.1. Prämienfestsetzung
 - 8.1.1. Im Allgemeinen
 - 8.1.2. Prämienhöhe
 - 8.1.3. Prämienrabatte und Prämienerrasse
- 8.2. Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung
- 8.3. Prämienzahlung
 - 8.3.1. Fälligkeit
 - 8.3.2. Zahlungsverzug
- 8.4. Überschussbeteiligung
 - 8.4.1. Grundsatz
 - 8.4.2. Voraussetzung
 - 8.4.3. Auszahlung
- 8.5. Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR)
 - 8.5.1. Grundsatz
 - 8.5.2. Abteilungen mit Leistungsfreiheits-Rabatt
 - 8.5.3. Beobachtungsperiode
 - 8.5.4. Rabattstufen
 - 8.5.5. Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit
 - 8.5.6. Stufenanpassung bei Leistungsbezug
 - 8.5.7. Mutterschaftsleistungen

- 8.5.8. Höerversicherung
- 8.6. Sonstige Zahlungsbestimmungen
- 8.6.1. Verrechnung
- 8.6.2. Verpfändung und Abtretung
- 8.6.3. Leistungsauszahlung
- 8.6.4. Verjährung

9. Leistungen Dritter

- 9.1. Subsidiarität
- 9.1.1. Im Allgemeinen
- 9.1.2. Leistungen der öffentlichen Hand
- 9.1.3. Mehrfachversicherung
- 9.1.4. Leistungsverzicht
- 9.2. Sozialversicherungen
- 9.3. Vorleistungen und Regress
- 9.4. Überversicherung

10. Datenschutz

- 10.1. Gesetzliche Grundlagen
- 10.2. Bearbeitungszweck
- 10.3. Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung
- 10.4. Aufbewahrung der Daten

11. Mitteilungen

12. Gerichtsstand

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Grundsatz

In Ergänzung zur Krankenversicherung nach KVG werden gemäss diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Zusatzversicherungen und weitere Versicherungen angeboten.

1.2. Versicherungsträger

Versicherungsträger sind die ÖKK Versicherungen AG, Landquart, (nachfolgend Versicherer).

Versicherungsträger der Patientenrechtsschutzversicherung ÖKK PROTECT ist die Coop Rechtsschutz AG, Aarau.

Versicherungsträger der ÖKK Risikokapitalversicherung bei Tod oder Invalidität durch Unfall ist die SOLIDA Versicherungen AG, Zürich.

Versicherungsträger der ÖKK Risikokapitalversicherung bei Tod oder Invalidität durch Krankheit ist die Schweizerische National Leben AG, Bottmingen.

Vermittelnde Krankenkasse ist die auf der Versicherungs-Police aufgeführte Krankenkasse (nachfolgend Kasse).

1.3. Gegenstand der Versicherung

Versichert sind die finanziellen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft während der Dauer, für welche die Versicherung abgeschlossen ist.

Sofern es in den Bestimmungen der einzelnen Versicherungsabteilungen vorgesehen ist, kann die Unfall-Deckung ausgeschlossen werden.

1.4. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Die AVB regeln das Versicherungsverhältnis, soweit nicht im einzelnen Vertrag besondere Bedingungen vereinbart sind.

Die Gemeinsamen Bestimmungen der AVB gelten für alle nachfolgend aufgeführten Versicherungsabteilungen. Einzelheiten über die Leistungen sind in den Bestimmungen über die einzelnen Versicherungsabteilungen enthalten. Soweit die einzelnen Versicherungsabteilungen von den Gemeinsamen Bestimmungen abweichen, gehen die Bestimmungen der einzelnen Versicherungsabteilung vor.

1.5. Bedingungen für die Kollektivversicherung

Die AVB gelten auch für die Kollektivversicherungen im Bereich der Heilungskosten. Im einzelnen Kollektivvertrag können abweichende Bedingungen insbesondere betreffend Aufnahme, Leistungsumfang, Prämienfestsetzung, Versicherungsdauer, Kündigung und bezüglich der Aufteilung von Rechten und Pflichten zwischen der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person vereinbart werden.

Die Bestimmungen im Kollektivvertrag gehen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor.

1.6. Versicherungsvertragsgesetz

Soweit in den Vertragsbestimmungen keine abweichenden Regelungen festgehalten sind, gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908.

2. Versicherungsabteilungen

2.1. Versicherungsmöglichkeiten

Die Versicherungsabteilungen nach diesen AVB sind:

- ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ und ÖKK PRIVAT-ZUSATZ
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- ÖKK KOMBI: ALLGEMEIN, HALBPRIVAT, PRIVAT, PRIVAT UNFALL, GLOBAL, FLEX, KOMFORT
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK SALTO
- ÖKK MONDIAL
- ÖKK DENTAL
- ÖKK TOURIST
- ÖKK PROTECT
- ÖKK Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Unfall
- ÖKK Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Krankheit
- ÖKK COMPENSA
- ÖKK BLV TAGGELD

Einzelne Versicherungsabteilungen werden mit CASAMED- und/oder ECOPLAN-Varianten geführt.

2.2. Änderungen der Versicherungsabteilungen

Die Versicherungsabteilungen können vom Versicherer unter Wahrung des Besitzstandes den sich ändernden Bedürfnissen angepasst, ergänzt oder neu aufgeteilt werden.

2.3. Gewählte Versicherungsabteilungen

In der Versicherungs-Police werden die abgeschlossenen Versicherungsabteilungen festgehalten. Besondere Bestimmungen oder Vereinbarungen, die von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen abweichen, sind ebenfalls in der Versicherungs-Police vermerkt.

3. Versicherte Personen

3.1. Einzelversicherung

Versichert sind die in der Versicherungs-Police aufgeführten Personen.

3.2. Kollektivversicherung

Im Kollektivvertrag wird der Kreis der versicherten bzw. versicherbaren Personen festgelegt.

Versichert sind die in der Versicherungs-Police aufgeführten Personen oder Personengruppen.

4. Beginn und Dauer der Versicherung

4.1. Verfahren bei Versicherungsabschluss

4.1.1. Antrag

Der Antrag auf Versicherungsabschluss erfolgt schriftlich mittels vorgedrucktem Formular der Kasse. Die auf dem Formular gestellten Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.

Nicht handlungsfähige Personen können nur durch ihre gesetzlichen Vertreter versichert werden.

4.1.2. Auskunftspflicht

Werden bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht, so kann der Versicherer den Vertrag innert vier Wochen seit Kenntnis der Anzeigepflichtverletzung kündigen.

Bei Vertragsauflösung erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung.

Mit dem Antrag auf Versicherungsabschluss ermächtigt die antragstellende Person die Kasse, bei Medizinalpersonen sowie bei anderen Versicherern die für den Versicherungsabschluss und für die Abklärung einer späteren Leistungspflicht notwendigen Auskünfte einzuholen.

Die Kasse kann ein ärztliches Zeugnis oder auf ihre Kosten eine ärztliche Untersuchung verlangen.

Die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer haben dafür zu sorgen, dass sie alle notwendigen Angaben über die versicherte Person machen können.

4.1.3. Unterlagen, Dokumente

Bei Versicherungsabschluss erhält die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer:

- die Versicherungs-Police
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen

4.1.4. Widerrufsrecht

Der Antrag auf Versicherungsabschluss kann innerhalb von 14 Tagen seit der Unterzeichnung zurückgezogen werden. Mit Abgabe der Widerrufserklärung fallen sämtliche Verpflichtungen des Versicherers dahin.

Stimmt der Inhalt der Versicherungs-Police oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer innert vier Wochen nach Empfang der Urkunde deren Berichtigung zu verlangen, andernfalls ihr Inhalt als von ihr oder ihm genehmigt gilt.

4.2. Beginn der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem auf der Versicherungs-Police bestätigten Datum.

4.3. Dauer der Versicherung

4.3.1. Im Allgemeinen

Die Versicherung dauert jeweils ein Kalenderjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember.

4.3.2. Längere Versicherungsdauer

Bei Abschluss einer Versicherung für die Dauer von mindestens drei vollen Kalenderjahren kann ein Rabatt gewährt werden.

4.3.3. Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses

Der Versicherungsabschluss ist jederzeit, auch während des Kalenderjahres, möglich. Die Prämie bemisst sich nach der verbleibenden Versicherungsdauer.

4.3.4. Verlängerung der Versicherung

Der Versicherungsvertrag verlängert sich nach jedem Jahresablauf stillschweigend um ein weiteres Jahr, wenn er nicht von der Versicherungsnehmerin oder vom Versicherungsnehmer unter Einhaltung der ordentlichen Kündigungsfrist gekündigt wird.

4.4. Änderung der Versicherung

4.4.1. Änderung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer

Anträge auf eine Abänderung des Versicherungsvertrages mit einer erhöhten Deckung respektive Anträge, für die eine Gesundheitsdeklaration verlangt wird, gelten als Antrag auf einen neuen Versicherungsvertrag.

Bei Herabsetzung der Versicherungsdeckung gelten die Bestimmungen über die Kündigung.

4.4.2. Änderung durch den Versicherer

Treten nach Versicherungsabschluss in den Rahmenbedingungen für die Versicherung der finanziellen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall weitreichende Veränderungen ein, wie z.B. die Erhöhung der Anzahl von Medizinalpersonen oder neue Kategorien von Medizinalpersonen, Ausbau des medizinischen Leistungsangebots, Einführung neuer kostenintensiver Therapieformen oder Medikamente und ähnliche Entwicklungen, oder Änderungen in der Gesetzgebung über die Sozialversicherung, so ist der Versicherer berechtigt, die Versicherungsbestimmungen anzupassen.

Diese neuen Vertragsbedingungen werden der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer 30 Tage im voraus mitgeteilt. Sie haben das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung auf das Datum der Vertragsänderung hin von den betroffenen Versicherungsabteilungen zurückzutreten. Erfolgt keine Kündigung seitens der Versicherungsnehmerin oder des Versicherungsnehmers, gilt dies als Zustimmung zu den neuen Vertragsbedingungen.

4.5. Sistierung der Versicherung

4.5.1. Voraussetzung

Die Sistierung der Versicherung in allen oder einzelnen Versicherungsabteilungen kann beantragt werden, soweit nachweislich eine anderweitige Versicherungsdeckung besteht.

Für die Vereinbarung einer Sistierung gilt das gleiche Verfahren wie für den Neuabschluss einer Versicherung. Während der Sistierung wird eine reduzierte Prämie erhoben.

4.5.2. Dauer und Umfang der Sistierung

Die Sistierung beginnt nach Antragstellung frühestens am Monatsanfang nach Eintritt des Sistierungsgrundes.

Die Sistierung muss für mindestens drei Monate beantragt und kann für eine Dauer von bis sechs Jahren abgeschlossen werden. Eine weitere Verlängerung der Sistierung kann beantragt werden. Kann der Versicherer einer Verlängerung nicht zustimmen, erlischt der Vertrag.

Bei Auslandsaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

Bei Wegfall des Sistierungsgrundes lebt der Versicherungsschutz vollumfänglich wieder auf, wenn dies innert 30 Tagen verlangt wird. Wird der Versicherungsschutz nicht innert dieser Frist reaktiviert, erlischt die Versicherung ohne weiteres.

5. Beendigung der Versicherung

5.1. Kündigung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer

5.1.1. Ordentliche Kündigung

Die Versicherung bzw. eine Versicherungsabteilung kann jeweils bis spätestens 30. September auf den 31. Dezember schriftlich

gekündigt werden. Abweichende Kündigungsbestimmungen in den einzelnen Versicherungsabteilungen bleiben vorbehalten.

5.1.2. Kündigung im Schadenfall

Nach jedem Schadenfall, für den der Versicherer Leistungen erbracht hat, kann die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer innert 14 Tagen seit der Auszahlung oder seit sie/er von der Leistungsübernahme durch den Versicherer Kenntnis hat, schriftlich vom entsprechenden Teil des Vertrages zurücktreten. Die Prämie ist bis zur Beendigung des Vertrages geschuldet.

5.1.3. Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages
Versicherten Personen, deren Versicherung wegen Kündigung des Kollektivvertrages dahinfällt, steht das Recht auf Wechsel in die Einzelversicherung ohne neue Gesundheitsdeklaration offen.

Das Übertrittsrecht muss innert 30 Tagen seit Beendigung des Kollektivvertrages geltend gemacht werden.

Kein Übertrittsrecht besteht, wenn die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer einen neuen Kollektivvertrag für diesen Personenkreis bei einem anderen Versicherer abgeschlossen hat.

5.2. Kündigungsverzicht durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf sein gesetzliches Recht, auf Vertragsablauf zu kündigen oder im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten. Ausgenommen bleibt das Kündigungsrecht bei Kollektivverträgen. Ebenso vorbehalten bleibt der Rücktritt vom Vertrag wegen vertragswidrigem Verhalten.

5.3. Übrige Beendigungsgründe

Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

- a) bei Tod der versicherten Person
- b) bei Wegzug ins Ausland (ausser bei Grenzgängerinnen und Grenzgängern oder bei Abschluss einer ÖKK MONDIAL)
- c) bei Erreichen der für den Versicherungsschutz gesetzten Altersgrenze
- d) bei endgültiger Erschöpfung der Bezugsrechte für sämtliche Leistungen in einer Versicherungsabteilung
- e) wenn der Vertrag nach Erreichen der maximalen Versicherungsdauer in ÖKK MONDIAL oder bei Sistierung nicht verlängert wird
- f) in den gesetzlich vorgesehenen Fällen, insbesondere bei ausstehender Prämie, bei Täuschung oder bei wesentlicher Gefahrerhöhung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person.

6. Leistungen

6.1. Begriffsdefinitionen

6.1.1. Krankheit

Als Krankheit gilt eine 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.

6.1.2. Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Folgende abschliessend aufgeführten Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

- a) Knochenbrüche
- b) Verrenkungen von Gelenken
- c) Meniskusrisse
- d) Muskelrisse
- e) Muskelzerrungen
- f) Sehnenrisse
- g) Bandläsionen
- h) Trommelfellverletzungen.

Keine Körperschädigung im Sinne des obigen Absatzes stellen nicht unfallbedingte Schäden an Sachen dar, welche infolge einer Krankheit eingesetzt wurden und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen.

Ebenfalls als Unfälle gelten Berufskrankheiten, die gemäss UVG als Unfälle anerkannt sind.

6.1.3. Mutterschaft

Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sind gleich versichert wie Krankheit, wenn die Versicherung beim Versicherer für die Mutter im Zeitpunkt der Geburt schon mindestens 270 Tage gedauert hat, oder bei vorheriger gleichwertiger Versicherung durch einen anderen Versicherer, wenn die Einreichung des Versicherungsantrages bei der Kasse mindestens 270 Tage vor der Geburt bestätigt wurde.

6.2. Leistungsbereich

6.2.1. Örtlicher Leistungsbereich

Die Versicherung gilt grundsätzlich für Leistungen in der Schweiz und bei notfallmässiger Behandlung weltweit. Die Bestimmungen über die örtliche Geltung gemäss den Versicherungsbestimmungen der einzelnen Versicherungsabteilungen gehen vor.

Für Grenzgängerinnen und Grenzgänger besteht der Versicherungsschutz auch für Leistungen an ihrem Wohnsitz.

6.2.2. Zeitlicher Leistungsbereich

Ein Leistungsanspruch besteht während der Dauer der Versicherung. Für Kosten, die nach Beendigung der Versicherung anfallen, besteht keinerlei Leistungsanspruch.

Entscheidend ist das Behandlungsdatum oder der Zeitpunkt der Inanspruchnahme der versicherten Leistung.

6.3. Versicherte Leistungen

6.3.1. Leistungsumfang

Versichert sind die Leistungen gemäss der in der Versicherungs-Police aufgeführten Deckung und gemäss den Bestimmungen für die einzelnen Versicherungsabteilungen.

6.3.2. Wirtschaftlichkeit der Behandlung

Behandlungen sind gedeckt, wenn sie wirtschaftlich, wirksam, zweckmässig und medizinisch notwendig sind. Das heisst, die Kosten medizinischer Behandlungen werden übernommen, soweit sie sich auf das im Interesse der versicherten Person liegende und dem Behandlungszweck nach erforderliche Mass beschränken.

ÖKK kann zum Zwecke der optimalen Betreuung ihrer versicherten Personen mit den zugelassenen Leistungserbringern begleitende Massnahmen vereinbaren, mit dem Ziel durch verbesserter Zusammenarbeit und Koordination zwischen den Leistungserbringern und

ÖKK die für die versicherte Person wirksamste, zweckmässigste und wirtschaftlichste Behandlung sicher zu stellen. ÖKK kann mit der Durchführung dieser Massnahmen eine Gesundheitsberaterin oder einen Gesundheitsberater beauftragen.

Bei offensichtlich übersetzter Rechnungsstellung kann der Versicherer seine Leistungen entsprechend kürzen oder seine Zahlung von der Zession der Reduktionsforderung abhängig machen.

6.3.3. Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen
Behandlungen durch Medizinalpersonen oder medizinische Institutionen sind versichert, wenn diese gemäss KVG anerkannt sind. Die Leistungen anderer Personen oder Institutionen sind versichert, soweit dies in den einzelnen Versicherungsabteilungen vorgesehen ist.

6.4. Leistungsbeschränkungen

6.4.1. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

Bei einer Höherversicherung erfolgt in der neuen Versicherungsabteilung oder Klasse keine Beschränkung für jene Leistungen, die bereits in der bisherigen Versicherungsabteilung abgedeckt waren.

Der Versicherer kann Krankheiten und Folgen von Unfällen, die bei Versicherungsabschluss bestehen oder bestanden haben, von der Versicherungsdeckung ausnehmen.

Die Deckungseinschränkung wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt.

6.4.2. Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss schon bestanden haben und vom Versicherer von der Versicherung ausgeschlossen wurden
- b) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Antragstellung schon bestanden haben und nicht oder nur unvollständig angegeben wurden
- c) während einer Karenzzeit
- d) wenn eine Behandlung nicht zur Behebung einer Gesundheitsstörung oder deren Folgen dient. Vorbehalten bleiben Massnahmen, die den drohenden Eintritt oder die Verschlimmerung einer Gesundheitsstörung verhindern, wenn bereits ein krankhafter Zustand vorliegt.
- e) für Behandlungen durch einen vom Versicherer nicht anerkannten Leistungserbringer
- f) bei Zahnbehandlungen, soweit in der abgeschlossenen Versicherungsabteilung die Deckung nicht ausdrücklich geregelt ist
- g) bei Sistierung der Versicherung
- h) bei Zahlungsverzug vom Ablauf der Mahnfrist an bis zur vollständigen Bezahlung sämtlicher Verpflichtungen
- i) bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst
- k) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage zurückliegt
- l) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten
- m) für Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen
- n) für Gesundheitsschädigungen als Folge industrieller Grossschadensereignisse oder bei Schädigungen aus Atomenergie

- o) für Organtransplantationen, für welche der Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK), Solothurn, Fallpauschalen vereinbart hat, unabhängig davon, wo die Transplantation durchgeführt wird
- p) für gesetzliche und vereinbarte Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
- q) für epidemische Erkrankungen.

Allfällige weitere Leistungsausschlüsse sind in den Bestimmungen für die einzelnen Versicherungsabteilungen festgehalten.

6.4.3. Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden:

- a) bei verschuldeter Verletzung der Pflichten durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person
- b) bei grobfahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls, insbesondere infolge Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten oder anderer Drogen
- c) bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, d.h. wenn sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass reduzieren. Ausgenommen sind Rettungshandlungen zugunsten von Personen. Als Wagnis im Sinne dieser Bestimmung gilt insbesondere die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen oder an einem Training dazu.
- d) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde, auch als Folge von Selbsttötungsversuchen oder Selbstverletzungen
- e) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher Mahnung nicht innert vier Wochen beigebracht werden.

7. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

7.1. Meldepflicht

Die versicherten Personen haben ihre Leistungsansprüche fristgerecht gemäss den Bestimmungen für die einzelnen Versicherungsabteilungen bei der Kasse einzureichen. Der Eintritt eines Unfalls muss spätestens innerhalb von zehn Tagen gemeldet werden.

Die Anzeige hat wahrheitsgetreu zu erfolgen. Werden Leistungen geltend gemacht, sind der Kasse sämtliche Informationen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung zu stellen. Es werden nur detaillierte Originalrechnungen anerkannt.

7.2. Schadenminderung

Die versicherte Person hat alles zu tun, was zur Schadenminderung beitragen kann, insbesondere was die Genesung fördert, und sie hat alles zu unterlassen, was diese verzögert.

Die versicherte Person unterstützt im Rahmen begleitender Massnahmen von ÖKK die Tätigkeit der Gesundheitsberaterin bzw. des Gesundheitsberaters und erteilt ihr bzw. ihm die notwendigen Auskünfte.

7.3. Auskunftspflicht

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen sowie Versicherer gegenüber der Kasse von der Schweigepflicht. Die Kasse kann nötigenfalls Auskünfte einholen.

Auf Verlangen hat sich die versicherte Person durch eine zweite Ärztin oder einen zweiten Arzt oder durch die Vertrauensärztin bzw. den Vertrauensarzt der Kasse untersuchen zu lassen. Die Kosten trägt der Versicherer.

Die versicherte Person erteilt der Kasse Auskunft über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität. Auf Verlangen sind der Kasse Abrechnungen von Dritten einzureichen.

Bei nicht handlungsfähigen Personen haben die Versicherungsnehmerinnen bzw. Versicherungsnehmer die Beachtung der Auskunftspflicht durchzusetzen.

8. Prämien und Zahlungen

8.1. Prämienfestsetzung

8.1.1. Im Allgemeinen

Die Prämien werden in einem Prämientarif pro Versicherungsabteilung festgesetzt.

8.1.2. Prämienhöhe

Die Höhe der Prämien wird risikogerecht, wie beispielsweise nach dem Lebensalter der versicherten Person, festgesetzt.

Prämienänderungen infolge Wechsels der Risikogruppe erfolgen automatisch.

Kommt die versicherte Person der Meldepflicht betreffend veränderte persönliche Verhältnisse, die für die Berechnung der Prämie massgeblich sind, nicht nach, so ist eine allfällige Prämien-differenz rückwirkend geschuldet.

Für sistierte Versicherungen wird eine reduzierte Prämie erhoben.

8.1.3. Prämienrabatte und Prämienertasse

ÖKK kann für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre Familienrabatte und Prämienertasse gewähren.

Familienrabatt

Rabattberechtigt sind Kinder, welche zusammen mit mindestens einem Elternteil bei ÖKK in derselben Familienpolice grund- und zusatzversichert sind.

Zum Bezug des Familienrabattes gilt für Kinder und Eltern eine dreijährige Mindestvertragsdauer. Während dieser müssen die vorgenannten Voraussetzungen gleichzeitig und dauernd erfüllt sein. Andernfalls verfällt die Rabattberechtigung und die reguläre Prämie für die verbleibende Vertragslaufzeit ist geschuldet.

Prämienertasse

ÖKK kann ab dem dritten Kind für Zusatzversicherungen Prämien-befreiungen gewähren, wenn es

- mit einem Elternteil und den beiden älteren Geschwistern im selben Haushalt wohnt;
- in derselben Familienpolice bei ÖKK versichert ist,
- bei ÖKK grundversichert ist,
- die beiden älteren Geschwister bei ÖKK grund- und mindestens gleichwertig zusatzversichert sind, sowie

- das Elternteil bei ÖKK grundversichert und in einer ambulanten oder stationären Heilungskostenversicherung von ÖKK zusatz-versichert ist.

8.2. Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung

Die Prämientarife und die Kostenbeteiligung können der Kostenentwicklung und dem Schadenverlauf angepasst werden.

Die Prämienanpassungen werden der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer 30 Tage im voraus mitgeteilt. Sie haben das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung durch die Kasse auf das Datum der Wirksamkeit der Prämienanpassung von der entsprechenden Versicherungsabteilung zurückzutreten.

Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

Verliert der Versicherte bei unveränderten Rabattbedingungen seinen Rabattanspruch, gilt dies nicht als Prämienanpassung. Ändern sich die Rabattbedingungen, besteht Kündigungsrecht.

8.3. Prämienzahlung

8.3.1. Fälligkeit

Die Prämien sind im voraus zu bezahlen. Die Prämien sind ohne Unterbruch zu entrichten, also auch bei Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Mutterschaft, Arbeitsunfähigkeit oder beim Ruhen der Anspruchsberechtigung.

Beginnt oder erlischt die Versicherung im Verlaufe eines Kalendermonats, ist die Prämie für den ganzen Monat geschuldet.

8.3.2. Zahlungsverzug

Wird die Prämienzahlungspflicht oder die Pflicht zur Bezahlung der Kostenbeteiligung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer auch innert Nachfrist von 30 Tagen nicht erfüllt, so erfolgt eine schriftliche Mahnung, die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen innert einer Frist von 14 Tagen zu bezahlen. Die Mahnung macht die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungsverpflichtung aufmerksam.

Die durch Zahlungsausstände verursachten Mahn- und Umtriebs-spesen gehen zu Lasten der versicherten Person.

Erfolgt trotz Mahnung keine Zahlung, ruht die Leistungspflicht für Behandlungen oder Erwerbsausfälle, die vom Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Beträge samt Zinsen und Verwaltungskosten stattfinden.

Für Krankheiten und Unfälle und deren Folgen, die während dem Ruhen der Leistungspflicht auftreten, besteht keinerlei Versicherungsdeckung, auch nicht bei nachträglicher Bezahlung der ausstehenden Beträge.

Der Versicherer kann ab Ablauf der Mahnfrist vom Vertrag zurück-treten. Wird die ausstehende Prämie nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Vertrag.

8.4. Überschussbeteiligung

8.4.1. Grundsatz

Sofern die versicherte volljährige Person einen günstigen Risiko-verlauf aufweist, kann sie an einem allfälligen Überschuss, d.h. am Reingewinn des Versicherers, beteiligt werden.

8.4.2. Voraussetzung

Voraussetzung einer allfälligen Überschussbeteiligung ist, dass die versicherte Person während mindestens eines Kalenderjahres keinerlei Leistungen beim Versicherer oder bei der Kasse bezogen hat. Darunter fallen sämtliche Versicherungsabteilungen inklusive die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder eine Taggeldversicherung nach KVG.

8.4.3. Auszahlung

Die allfällige Überschussbeteiligung wird frühestens nach Ablauf eines Jahres nach dem bezugsfreien Kalenderjahr als Einmalzahlung ausgerichtet. Sie kann nur an Personen ausgerichtet werden, die im Zeitpunkt der Auszahlung versichert sind.

8.5. Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR)

8.5.1. Grundsatz

In der Variante mit Leistungsfreiheits-Rabatt wird bei Leistungsfreiheit ein Prämienrabatt gewährt.

8.5.2. Abteilungen mit Leistungsfreiheits-Rabatt

In den KOMBI-Abteilungen, ausgenommen jene mit wählbarer Franchise, wird eine Variante mit Leistungsfreiheits-Rabatt geführt.

8.5.3. Beobachtungsperiode

Als Beobachtungsperiode gilt der Zeitraum vom 1. September bzw. ab Versicherungsbeginn bis zum folgenden 31. August. Massgebend für die Leistungsermittlung in der Beobachtungsperiode ist das Verarbeitungsdatum einer Rechnung.

8.5.4. Rabattstufen

In den Versicherungsabteilungen KOMBI und ÖKK SALTO mit Leistungsfreiheits-Rabatt werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Rabattstufe

LFK-KOMBI/ÖKK SALTO	Prämie LFR-KOMBI/ÖKK SALTO
0	Prämie ordentl. KOMBI/ÖKK SALTO + 20%
1	Prämie ordentl. KOMBI/ÖKK SALTO
2	Prämie ordentl. KOMBI/ÖKK SALTO - 30% in HMO-Variante: Prämie ordentl. KOMBI/ÖKK SALTO - 20% bis - 30%

Die Prämie der KOMBI und ÖKK SALTO mit Leistungsfreiheits-Rabatt ist auf der Versicherungs-Police aufgeführt. Die Festsetzung der drei Rabattstufen kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

8.5.5. Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

Hat die versicherte Person während drei aufeinanderfolgenden Beobachtungsperioden in derselben Rabattstufe keine Leistungen bezogen, erfolgt in der KOMBI mit Leistungsfreiheits-Rabatt ab dem 1. Januar des vierten Jahres die Stufenanpassung um eine Stufe, sofern sich die versicherte Person nicht schon in der Stufe 2 (maximaler Rabatt) befindet.

8.5.6. Stufenanpassung bei Leistungsbezug

Hat die versicherte Person im Verlaufe einer Beobachtungsperiode Leistungen beansprucht, erfolgt auf den 1. Januar des folgenden Jahres die Stufenanpassung um eine Stufe (maximal bis zur Rabattstufe 0).

8.5.7. Mutterschaftsleistungen

Die Kosten der stationären Behandlung infolge Mutterschaft und Haushalthilfe nach Geburt zählen für die Berechnung nicht bzw. werden nicht als Inanspruchnahme von Leistungen betrachtet und haben demzufolge keine Auswirkungen auf die Stufenanpassung.

8.5.8. Höherversicherung

Bei Einstufung in Rabattstufe 0 bzw. Einstufung in Rabattstufe 1 und gleichzeitig ausstehendem Leistungsanspruch ist der Wechsel von der KOMBI mit Leistungsfreiheits-Rabatt zur ordentlichen KOMBI nur mit Gesundheitsdeklaration möglich. Dies gilt auch beim Wechsel in die ordentliche KOMBI und gleichzeitiger Herabsetzung in eine tiefere Leistungsstufe.

8.6. Sonstige Zahlungsbestimmungen

8.6.1. Verrechnung

Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber der versicherten Person oder der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer verrechnen.

Die versicherte Person, die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer haben gegenüber dem Versicherer kein Verrechnungsrecht.

8.6.2. Verpfändung und Abtretung

Forderungen gegenüber dem Versicherer können ohne dessen Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden.

8.6.3. Leistungsauszahlung

Sofern zwischen dem Versicherer und Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, schuldet die versicherte Person das Honorar den Leistungserbringern.

Bestehen zwischen dem Versicherer und Leistungserbringern anderslautende Verträge und Tarife, erfolgt die Direktzahlung von der Kasse an die Leistungserbringer. Im Falle von Direktzahlung an die Leistungserbringer durch die Kasse ist die versicherte Person verpflichtet, die vereinbarte Kostenbeteiligung innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung der Kasse zurückzuerstatten.

Honorarvereinbarungen zwischen Rechnungsteller und versicherten Personen sind für den Versicherer nicht verbindlich. Ein Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des vom Versicherer für den entsprechenden Leistungserbringer anerkannten Tarifs.

Zu Unrecht bezogene Leistungen werden durch den Versicherer zurückgefordert.

8.6.4. Verjährung

Der Leistungsanspruch der versicherten Person gegenüber dem Versicherer verjährt in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht des Versicherers begründet.

9. Leistungen Dritter

9.1. Subsidiarität

9.1.1. Im Allgemeinen

Haftet für einen gemeldeten Krankheitsfall oder Unfall ein Dritter oder eine Dritte aus Gesetz oder Verschulden, ist der Versicherer nicht oder höchstens für den ungedeckten Teil leistungspflichtig.

Im Umfang der Leistungsansprüche gegenüber Dritten besteht keine Leistungspflicht nach diesen AVB.

9.1.2. Leistungen der öffentlichen Hand

Im Umfang der Leistungs- oder Reduktionsansprüche gegenüber Kantonen und Gemeinden besteht ebenfalls keine Leistungspflicht nach diesen AVB.

9.1.3. Mehrfachversicherung

Sind mehrere Versicherer leistungspflichtig, wird berechnet, wieviel jeder Versicherer bei alleiniger Leistungspflicht zu zahlen hätte. Dies gilt auch, wenn die Leistungspflicht der anderen Versicherer

nur subsidiär besteht. Die nach diesen AVB zu leistende Entschädigung ist begrenzt auf denjenigen Anteil an der Gesamtversicherungssumme, der dieser Deckung entspricht.

9.1.4. Leistungsverzicht

Verzichten Versicherte ohne Zustimmung des Versicherers ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht nach diesen AVB. Als Verzicht gilt auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruches.

9.2. Sozialversicherungen

Es werden keine Leistungen übernommen, die zu Lasten von Sozialversicherungen (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI etc.) gehen. Der Leistungsanspruch ist bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden.

9.3. Vorleistungen und Regress

Im Verhältnis zu anderen Dritten als den Sozialversicherungen können Vorleistungen übernommen werden. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person sich in zumutbarem Rahmen erfolglos um die Durchsetzung ihrer Ansprüche bemüht hat und dass sie ihre Ansprüche gegenüber Dritten im Umfang der erbrachten Leistungen an den Versicherer abtritt.

9.4. Überversicherung

Den Versicherten darf aus den Leistungen nach diesen AVB unter Berücksichtigung der Leistungen von Dritten kein Gewinn erwachsen. Bei einer Überversicherung werden die Leistungen entsprechend gekürzt.

10. Datenschutz

10.1. Gesetzliche Grundlagen

Die Bearbeitung der Daten von versicherten Personen richtet sich nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 und des Bundesgesetzes über den Datenschutz vom 19. Juni 1992.

10.2. Bearbeitungszweck

Der Versicherer bearbeitet nur Daten (z.B. Personalien, Informationen zum Gesundheitszustand, Überprüfung der im Antrag gemachten Angaben, Inkasso, Leistungsabwicklung), die für die Abwicklung des Versicherungsvertrages nach VVG erforderlich sind. Der Versicherer behandelt die eingeholten Auskünfte mit höchster Vertraulichkeit.

10.3. Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung

Der Versicherer kann die Datenbearbeitung ganz oder teilweise einem Dritten (z.B. Rechenzentrum) übertragen. Dabei sorgt der Versicherer dafür, dass die Daten nur so bearbeitet werden, wie er es selbst tun dürfte.

In anderen Fällen gibt der Versicherer nur mit Einwilligung der versicherten Person Auskunft.

10.4. Aufbewahrung der Daten

Der Versicherer bewahrt die Daten sorgfältig auf und schützt diese durch angemessene technische und organisatorische Massnahmen vor Unbefugten.

11. Mitteilungen

Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Personen, die für die Versicherung wesentlich sind, wie etwa die Änderung des Wohnsitzes, sind der Kasse innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.

Bei Wohnsitz im Ausland ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

Alle Mitteilungen der Versicherungsnehmerin oder des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person sind an die zuständige Geschäftsstelle der Kasse zu richten.

Mitteilungen der Kasse oder des Versicherers erfolgen rechtsgültig schriftlich, respektive mittels Versichertenzeitschrift an die versicherte Person oder an die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer an deren zuletzt angegebene Adresse oder an die Kontaktadresse in der Schweiz.

12. Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus Versicherungen gemäss diesen AVB und allfälliger besonderer Bestimmungen steht der klagenden Person wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnort, am Geschäftssitz des Versicherers (ÖKK Versicherungen AG, Landquart) oder der Kasse offen.

ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ und ÖKK PRIVAT-ZUSATZ

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2012

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung

- 1.1. Zweck
- 1.2. Versicherte Personen
- 1.3. Leistungsvoraussetzung
- 1.4. Leistungen im Ausland

2. Ärztliche Behandlung

- 2.1. Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes
- 2.2. Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung
- 2.3. Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten ohne KVG-Unterstellung
- 2.4. Ärztliche Behandlung im Ausland
 - 2.4.1. Wahlbehandlung
 - 2.4.2. Notfallbehandlung
- 2.5. Leistungsdauer

3. Prävention

- 3.1. Impfungen
- 3.2. Check-up-Untersuchung
- 3.3. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- 3.4. Mutterschaft
 - 3.4.1. Geburtsvorbereitung
 - 3.4.2. Stillgeld
- 3.5. Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten
- 3.6. Weitere Präventivmassnahmen

4. Hilfsmittel

- 4.1. Sehhilfen
- 4.2. Übrige Hilfsmittel

5. Zahnärztliche Behandlung

- 5.1. Weisheitszähne
- 5.2. Leistungen für Kinder und Jugendliche
- 5.3. Leistungen des Gemeinwesens
- 5.4. Leistungserbringer und Tarif
- 5.5. Behandlung im Ausland

6. Alternativmedizin

- 6.1. Ärztliche Behandlung
- 6.2. Erfahrungsmedizinische Methoden
- 6.3. Alternative Therapeuten und Heilmethoden
- 6.4. Zusätzliche Leistungen PRIVAT-ZUSATZ
- 6.5. Natürliche Heilmittel
- 6.6. Maximaler Leistungsbezug
- 6.7. Leistungsvoraussetzung

7. Nichtpflichtmedikamente

8. Thermalbäder

9. Psychotherapeutische Behandlung

- 9.1. Leistungsumfang
- 9.2. Leistungsvoraussetzung
- 9.3. Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Fahrtspesen

- 10.1. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
 - 10.1.1. Leistungsumfang
 - 10.1.2. Selbstbehalt
 - 10.1.3. Suchaktionen
 - 10.1.4. Leistungen Dritter
- 10.2. Fahrtspesen

11. CASAMED-Variante

- 11.1. Allgemeines
- 11.2. Allgemeine Leistungsvoraussetzung
- 11.3. Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung
- 11.4. Ausnahmen vom Hausarztprinzip
- 11.5. Andere Fachpersonen
- 11.6. Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente
- 11.7. Weitere Leistungserbringer
- 11.8. Notfälle
- 11.9. Leistungsausschluss
- 11.10. Leistungsabwicklung
 - 11.10.1. Pauschalabrechnung
 - 11.10.2. Veranlasste Leistungen

12. Kostenbeteiligung

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Zweck

Der ALLGEMEINE ZUSATZ und der PRIVAT-ZUSATZ erbringen Leistungen an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Kuren, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente und zahlen ein Stillgeld aus.

Der PRIVAT-ZUSATZ versichert ausserdem die nach KVG nicht gedeckten Kosten bei Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben. Im weiteren erbringt er Beiträge an alternativmedizinische Leistungen im Ausland und an Fahrtspesen.

Die Leistungen werden in der Regel im Nachgang zu allen anderen Versicherungsabteilungen dieser AVB erbracht.

Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung (BASIS) gehen denjenigen aus dieser Versicherungsabteilung vor.

1.2. Versicherte Personen

Im ALLGEMEINEN ZUSATZ können sich Personen ohne Altersbeschränkung versichern. Der PRIVAT-ZUSATZ kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

1.3. Leistungsvoraussetzung

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer anerkannt sind. Über die Anerkennung entsprechender Personen muss bei der Kasse Auskunft eingeholt werden.

1.4. Leistungen im Ausland

Die Leistungen des PRIVAT-ZUSATZ werden – sofern im Einzelnen nicht anders geregelt – auch im Ausland ausgerichtet.

2. Ärztliche Behandlung

2.1. Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten Person erfolgen, sind im Nachgang zu den Leistungen der BASIS gemäss am Behandlungsort gültigem KVG-Tarif voll gedeckt.

2.2. Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung

Der PRIVAT-ZUSATZ erbringt an Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss KVG-Tarif.

An psychotherapeutische Behandlungen werden maximal 50 Stunden vergütet.

2.3. Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten ohne KVG-Unterstellung

Der PRIVAT-ZUSATZ erbringt an ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspital-Ärztinnen und -Ärzten, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem Tarif.

An psychotherapeutische Behandlungen werden aus dem PRIVAT-ZUSATZ maximal 50 Stunden gemäss KVG-Tarif erbracht.

2.4. Ärztliche Behandlung im Ausland

2.4.1. Wahlbehandlung

Bei ärztlicher Behandlung im Ausland werden im PRIVAT-ZUSATZ die Kosten bis maximal zum doppelten KVG-Tarif am Wohnort der versicherten Person übernommen. Für Global-Versicherte besteht volle Kosten-Deckung entsprechend ortsüblichem Tarif.

An psychotherapeutische Behandlungen werden maximal 50 Stunden vergütet.

2.4.2. Notfallbehandlung

Bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus dem PRIVAT-ZUSATZ im Nachgang zu den Leistungen der BASIS die vollen Kosten gedeckt.

2.5. Leistungsdauer

Sofern die Bestimmungen des ALLGEMEINEN ZUSATZ und PRIVAT-ZUSATZ nichts anderes vorsehen, werden die Leistungen zeitlich unbegrenzt ausgerichtet.

3. Prävention

3.1. Impfungen

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz dienen, werden 90% der effektiven Kosten, höchstens aber CHF 200.- pro Kalenderjahr, vergütet. Dabei werden keine Leistungen erbracht an Impfungen, die berufsbedingt vorgenommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten sind oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

3.2. Check-up-Untersuchung

An die ausgewiesenen Kosten einer Check-up-Untersuchung wird nach jeweils zwei aufeinanderfolgenden bezugsfreien Kalenderjahren in der BASIS ein Beitrag geleistet:

ALLGEMEINER ZUSATZ: 90% der Kosten, maximal CHF 300.-

PRIVAT-ZUSATZ: 90% der Kosten, maximal CHF 600.-

3.3. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Pro Kalenderjahr sind die Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zum KVG-Tarif versichert, sofern in diesem Kalenderjahr keine Leistungen aus der BASIS erbracht werden.

3.4. Mutterschaft

3.4.1. Geburtsvorbereitung

An die ausgewiesenen Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses (inkl. Rückbildungsgymnastik) bei einer qualifizierten Fachperson, werden maximal CHF 200.- pro Schwangerschaft entrichtet.

3.4.2. Stillgeld

Es besteht Anspruch auf ein Stillgeld von CHF 250.-. Das Stillgeld wird ausbezahlt, wenn die versicherte Mutter ihr Kind während zehn Wochen voll oder teilweise stillt. Der Nachweis ist auf dem Kassen-Stillgeldformular zu erbringen.

3.5. Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten

An die ausgewiesenen Kosten eines ärztlich verordneten, von qualifiziertem Personal durchgeführten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens (z.B. Raucherentwöhnung, Rückenschule, Ernährungsberatung) wird folgender Beitrag innert zwei Kalenderjahren geleistet:

ALLGEMEINER ZUSATZ: 90 % der Kosten, maximal CHF 300.-
PRIVAT-ZUSATZ: 90 % der Kosten, maximal CHF 500.-

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Kurse zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens. Die Liste der anerkannten Kurse wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

3.6. Weitere Präventivmassnahmen

An weitere anerkannte Präventivmassnahmen können Beiträge ausgerichtet werden.

4. Hilfsmittel

4.1. Sehhilfen

An die Kosten von zur Sehkorrektur benötigten Brillengläsern und Kontaktlinsen wird versicherten Personen ab 18 innerhalb von 5 Kalenderjahren folgender Beitrag bezahlt:

ALLGEMEINER ZUSATZ: CHF 270.-
PRIVAT-ZUSATZ: CHF 420.-

Kindern bis 18 wird folgender Beitrag jährlich entrichtet:

ALLGEMEINER ZUSATZ: CHF 270.-
PRIVAT-ZUSATZ: CHF 420.-

4.2. Übrige Hilfsmittel

An die Miet- oder Kaufpreise von anerkannten Hilfsmitteln, an die aus der BASIS keine Leistungen erbracht werden, können bei medizinischer Indikation 50% der Kosten bis zu einem Maximalbetrag von insgesamt CHF 250.- pro Kalenderjahr vergütet werden. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel. Die Liste der anerkannten Hilfsmittel wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

Nicht versichert sind die Kosten, die durch Betrieb, Unterhalt und Reparatur dieser Hilfsmittel anfallen.

5. Zahnärztliche Behandlung

5.1. Weisheitszähne

Die Versicherung deckt die Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen. Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tarife der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen.

5.2. Leistungen für Kinder und Jugendliche

Für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre besteht folgender Leistungsanspruch:

- Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen bis maximal CHF 60.- pro Kalenderjahr, sofern nicht gleichzeitig eine zahnärztliche Behandlung (konservierend, prothetisch etc.) durchgeführt werden muss

- Kosten für kieferorthopädische Behandlungen gemäss anerkanntem Tarif:

ALLGEMEINER ZUSATZ: 70 % der Kosten, maximal CHF 5'000.-
PRIVAT-ZUSATZ: 70 % der Kosten, maximal CHF 12'000.-

Diese Leistungen werden für Behandlungen nach einer Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren erbracht. Voraussetzung für die Leistung ist die Vorlage einer Diagnose der bestehenden Stellungsanomalie, der vorgesehenen Behandlungsmittel und eines Kostenvoranschlags.

Wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht, verzichtet ÖKK auf eine Karenzfrist, sofern mindestens ein Elternteil auch bei ÖKK versichert ist. Bereits bezogene Leistungen von Vorversicherern werden an die oben erwähnten Leistungen angerechnet.

5.3. Leistungen des Gemeinwesens

Die Leistungen werden im Nachgang zu eventuellen Leistungen der Kantone und Gemeinden gemäss deren Gesetzgebung über die öffentliche Zahnpflege erbracht. Die Beiträge der Kantone und Gemeinden werden an die Leistungen dieser Versicherungsabteilung angerechnet.

5.4. Leistungserbringer und Tarif

Die Vergütung erfolgt nach Massgabe des für zahnärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarifs. Wendet die Zahnärztin oder der Zahnarzt einen höheren Tarif als denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an, geht die Differenz zu Lasten der versicherten Person.

Als Zahnärztin oder Zahnarzt gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

5.5. Behandlung im Ausland

Die Leistungen werden auch erbracht, wenn die Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erfolgt. Als Nachbarländer gelten Länder, die mit der Schweiz eine gemeinsame Grenze haben.

6. Alternativmedizin

6.1. Ärztliche Behandlung

ÖKK vergütet im ALLGEMEINEN ZUSATZ und PRIVAT-ZUSATZ 90% der Kosten für die ärztliche Behandlung folgender Methoden der Alternativmedizin:

- Anthroposophische Medizin
- Chinesische Medizin
- Homöopathie
- Neuraltherapie
- Phytotherapie.

Voraussetzung ist eine anerkannte Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte in der entsprechenden Methode.

6.2. Erfahrungsmedizinische Methoden

Bei medizinischer Indikation werden die Kosten erfahrungsmedizinischer – von einer Ärztin oder einem Arzt durchgeführter – Methoden übernommen. Der Versicherer legt die anerkannten Methoden und Leistungslimiten in einer Liste fest.

6.3. Alternative Therapeuten und Heilmethoden

ÖKK entrichtet Beiträge im Bereich Alternativmedizin, wenn sowohl die Therapiemethode als auch die durchführende Therapeutin resp. der Therapeut oder die Naturheilärztin resp. der Naturheilarzt von ÖKK anerkannt ist. Folgende Beiträge werden ausgerichtet:

ALLGEMEINER ZUSATZ: bis maximal CHF 70.– pro Therapiestunde (60 Minuten)

PRIVAT-ZUSATZ: bis maximal CHF 100.– pro Therapiestunde (60 Minuten)

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Therapieformen und Therapeutinnen bzw. Therapeuten. Die Listen der anerkannten Therapieformen und Therapeutinnen bzw. Therapeuten werden laufend angepasst oder ergänzt. Die Liste der anerkannten Therapieformen und Therapeutinnen resp. Therapeuten kann jederzeit bei der Kasse eingesehen werden.

Keine Kosten werden übernommen für Therapieformen sowie Behandlungen von Therapeutinnen und Therapeuten, die in der Negativliste (NL) des Versicherers enthalten sind.

Die Kasse legt gemäss medizinischer Notwendigkeit die Anzahl Stunden fest, an die Beiträge entrichtet werden.

6.4. Zusätzliche Leistungen PRIVAT-ZUSATZ

An die ausgewiesenen Kosten weiterer, durch qualifizierte Personen vorgenommene Behandlungen wird aus dem PRIVAT-ZUSATZ ein Beitrag von maximal CHF 50.– pro Therapiestunde (60 Minuten) und max. CHF 1'000.– pro Kalenderjahr erbracht.

Alternativmedizinische Behandlungen, die in einem Nachbarland der Schweiz erbracht werden, sind gemäss den vorstehenden Bestimmungen bis maximal zu dem am Behandlungsort üblichen Tarif gedeckt.

6.5. Natürliche Heilmittel

ÖKK erbringt 90% der Kosten phytotherapeutischer, homöopathischer und anthroposophischer Heilmittel sowie von Oligosolen, soweit diese nicht aus der BASIS gedeckt sind und nicht in der Negativliste (NL) des Versicherers enthalten sind.

6.6. Maximaler Leistungsbezug

Die Leistungen im Bereich Alternativmedizin sind eingeschränkt durch die

- Beitragshöhe pro Therapiestunde,
- Anzahl Therapiestunden,
- Liste der von ÖKK anerkannten alternativen Therapiemethoden,
- Liste der von ÖKK anerkannten Therapeutinnen und Therapeuten resp. Naturärztinnen und Naturärzten,
- Kostenbeteiligung bei ärztlicher Behandlung und natürlichen Heilmitteln,
- zeitliche Begrenzung (pro Kalenderjahr).

Für Therapieformen mit betragslichen Limiten wird kein zusätzlicher Selbstbehalt erhoben.

Die Gesamtlimiten im Bereich Alternativmedizin betragen maximal:

ALLGEMEINER ZUSATZ: CHF 3'000.– pro Kalenderjahr

PRIVAT-ZUSATZ: CHF 6'000.– pro Kalenderjahr

6.7. Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach vorgängiger Antragstellung an die Kasse erbracht. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Ärzten und Therapeuten. Leistungen können davon abhängig gemacht werden, dass nicht gleichzeitig eine Parallelbehandlung erfolgt.

7. Nichtpflichtmedikamente

Die Kosten für Medikamente, die weder in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) noch in der Spezialitätenliste (SL) gemäss KVG noch in der Negativliste (NL) des Versicherers enthalten sind, werden pro Kalenderjahr wie folgt übernommen:

ALLGEMEINER ZUSATZ: 50%, bis maximal CHF 2'500.–

PRIVAT-ZUSATZ: 90%, bis maximal CHF 5'000.–

8. Thermalbäder

An ärztlich verordnete Besuche von Thermalbädern wird pro Kalenderjahr ein Beitrag von 50% an die Kosten von maximal 12 Eintritten erbracht.

9. Psychotherapeutische Behandlung

9.1. Leistungsumfang

Die Versicherung erbringt bei der Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbständigen Praxisführung sind, Leistungen bis zu 100 Behandlungsstunden. An die ersten 50 Stunden vergütet sie dabei einen maximalen Anteil von CHF 60.–, an die weiteren CHF 50.–.

9.2. Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach Bewilligung des Kostengutsprachegesuches durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt der Kasse erbracht. Nach Ablauf der von der Kasse bewilligten Anzahl Therapiestunden, spätestens jedoch nach Ablauf der ersten 50 Therapiestunden hat die Therapeutin oder der Therapeut der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt erneut über Therapieverlauf und Therapieplanung zu berichten.

Keine Leistungen werden erbracht bei Psychotherapien, welche zum Zwecke der Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsentwicklung oder zu Lernzwecken erfolgen. Im Weiteren werden keine Leistungen an eine Parallelbehandlung bei einer anderen Psychologin oder Psychologen resp. Psychiaterin oder Psychiater erbracht.

9.3. Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Diese psychotherapeutischen Leistungen werden aus dieser Versicherungsabteilung nur solange erbracht, bis sie als obligatorische Leistungen aus der BASIS gedeckt werden.

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Fahrtspesen

10.1. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

10.1.1. Leistungsumfang

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
 - des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung,
 - für Rettungs- und Bergungsaktionen
- wird ein Beitrag bis insgesamt CHF 15'000.- pro Kalenderjahr geleistet.

Transporte in Luftfahrzeugen werden nur übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

10.1.2. Selbstbehalt

Pro Fall hat die versicherte Person CHF 100.- als Selbstbehalt zu tragen.

10.1.3. Suchaktionen

Zusätzlich zu den Kosten der Rettung oder Bergung einer versicherten Person werden Kosten für Suchaktionen bis maximal CHF 20'000.- pro Kalenderjahr übernommen.

10.1.4. Leistungen Dritter

Ist eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisationen vorhanden, werden nur insoweit Kosten übernommen als von diesen Organisationen keine Leistungen erbracht worden sind. Vorbehalten bleiben anderslautende vertragliche Vereinbarungen.

10.2. Fahrtspesen

ALLGEMEINER ZUSATZ und PRIVAT-ZUSATZ decken 90% der Kosten, welche während einer regelmässigen ärztlichen Behandlung ausserhalb des Wohnortes für die Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel zwischen Wohn- und Behandlungsort anfallen. Leistungsvoraussetzung ist, dass die Behandlung am Wohnort oder in der näheren Umgebung nicht erbracht werden kann. Pro Kalenderjahr werden maximal CHF 100.- übernommen.

Der PRIVAT-ZUSATZ deckt 90% der Taxikosten, die für die während einer ambulanten Behandlung erforderlichen Transporte zwischen Wohn- und Behandlungsort anfallen. Leistungsvoraussetzung ist, dass es der versicherten Person aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, das öffentliche Verkehrsmittel oder ihr Privatfahrzeug zu benützen. Pro Kalenderjahr werden maximal CHF 400.- übernommen.

11. CASAMED-Variante

11.1. Allgemeines

Für versicherte Personen, die bei ÖKK in der BASIS in der Variante CASAMED versichert sind, gelten die folgenden zusätzlichen Bestimmungen.

11.2. Allgemeine Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen des ALLGEMEINEN ZUSATZ und PRIVAT-ZUSATZ werden erbracht, wenn sie nach dem Hausarztprinzip erfolgt sind. Leistungen müssen von der CASAMED-Hausärztin oder vom CASA-

MED-Hausarzt, bei welcher die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können von ÖKK als CASAMED-Hausärzte anerkannt werden.

11.3. Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung

An Behandlungen bei Ärztinnen und Ärzten (inkl. Spitalärztinnen/-ärzten), die sich nicht dem KVG unterstellt haben sowie bei ärztlicher Wahlbehandlung im Ausland, werden aus der CASAMED-Variante des PRIVAT-ZUSATZ keine Leistungen erbracht.

11.4. Ausnahmen vom Hausarztprinzip

ALLGEMEINER ZUSATZ und PRIVAT-ZUSATZ leisten für Routinebehandlungen von Augen-, Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzten ohne vorgängige Konsultation der CASAMED-Hausärztin oder des CASAMED-Hausarztes. Führen sie weitergehende Behandlungen durch, ist die CASAMED-Hausärztin oder der CASAMED-Hausarzt zu konsultieren.

ALLGEMEINER ZUSATZ und PRIVAT-ZUSATZ leisten für alternativmedizinische Behandlung, Präventivmassnahmen im Rahmen der Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten, Geburtsvorbereitung, Transport, Suche, Rettung und Bergung, zahnärztliche Kontrolluntersuchung ohne Konsultation der CASAMED-Hausärztin oder des CASAMED-Hausarztes.

11.5. Andere Fachpersonen

Die Kasse kann anstelle der CASAMED-Hausärztin oder des CASAMED-Hausarztes andere Fachpersonen bezeichnen, welche die Leistungen, die im ALLGEMEINEN ZUSATZ und PRIVAT-ZUSATZ gedeckt sind, erbringen, verordnen oder veranlassen können.

11.6. Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente

Der Versicherer kann die CASAMED-Hausärztinnen oder CASAMED-Hausärzte oder die bezeichneten Fachpersonen ermächtigen, andere als die im ALLGEMEINEN ZUSATZ und PRIVAT-ZUSATZ aufgezählten Präventivmassnahmen, alternativmedizinischen Leistungen oder Nichtpflichtmedikamente zu erbringen, zu verordnen oder zu veranlassen.

11.7. Weitere Leistungserbringer

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann der Versicherer weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Therapeutinnen oder Therapeuten, Sanitätsfachgeschäfte oder ähnliche Leistungserbringer bezeichnen, denen die medizinische Betreuung oder Versorgung der CASAMED-Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.8. Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen des ALLGEMEINEN ZUSATZ und PRIVAT-ZUSATZ gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

11.9. Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in einem Notfall in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

11.10. Leistungsabwicklung

11.10.1. Pauschalabrechnung

Der Versicherer oder die Kasse kann mit den CASAMED-Hausärztinnen oder CASAMED-Hausärzten vereinbaren, dass die Leistungen des ALLGEMEINEN ZUSATZ und PRIVAT-ZUSATZ pauschal abgegolten werden.

11.10.2. Veranlasste Leistungen

Bei veranlassten Leistungen kann die Kasse vor der Leistungsvergütung von der versicherten Person oder von der CASAMED-Hausärztin bzw. vom CASAMED-Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

Will ein Leistungserbringer, an welchen das Mitglied durch den CASAMED-Hausarzt überwiesen wurde, eine weitere Überweisung vornehmen, ist das Einverständnis des zuständigen CASAMED-Hausarztes einzuholen.

ÖKK oder CASAMED-Kooperationspartner können den Leistungserbringern elektronische Hilfsmittel zur Verfügung stellen. Diese dienen einer raschen und sicheren Kommunikation zwischen den Leistungserbringern sowie optimalen Leistungs- und -prüfung.

ÖKK stellt sicher, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.

12. Kostenbeteiligung

Auf die Leistungen aus dieser Versicherungsabteilung wird, sofern sie nicht limitiert sind oder im Einzelnen nichts anderes bestimmt ist, ein Selbstbehalt von 10 % erhoben.

Bei ärztlicher Wahlbehandlung im Ausland (PRIVAT-ZUSATZ) wird für versicherte Personen ab 18 Jahren eine Jahresfranchise im Umfang der ordentlichen Franchise gemäss KVG erhoben.

Bei alternativmedizinischer Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte kann für versicherte Personen ab 18 Jahren eine Jahresfranchise im Umfang der ordentlichen Franchise gemäss KVG erhoben werden.

ÖKK OPTIMA

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2010

Inhaltsverzeichnis

1. Versicherungsgrundlagen

- 1.1. Versicherungsträger
- 1.2. Gemeinsame Bestimmungen
- 1.3. Zweck
- 1.4. Leistungsvoraussetzung
- 1.5. Örtlicher Geltungsbereich
- 1.6. Versicherungsabschluss

2. Ambulante Behandlung

- 2.1. Ärztliche Behandlung
- 2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland
- 2.3. Nichtärztliche Psychotherapie
 - 2.3.1. Leistungsumfang
 - 2.3.2. Leistungsvoraussetzung
- 2.4. Thermalbad
- 2.5. Sterilisation

3. Mutterschaft

- 3.1. Geburtsvorbereitung
- 3.2. Stillgeld

4. Prävention

- 4.1. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- 4.2. Check-Up-Untersuchung
- 4.3. Impfung
- 4.4. Gesundheitskonto

5. Hilfsmittel

- 5.1. Sehhilfen
- 5.2. Andere Hilfsmittel

6. Zahnärztliche Behandlung

- 6.1. Kontrolluntersuchung und Prophylaxe
- 6.2. Weisheitszähne
- 6.3. Kieferorthopädische Behandlung
- 6.4. Behandlung im Ausland
- 6.5. Tarif

7. Alternativmedizin

- 7.1. Alternativmedizinische Behandlung
- 7.2. Behandlung im Ausland

8. Medikamente und Heilmittel

- 8.1. Nichtpflichtmedikamente
- 8.2. Natürliche Heilmittel

9. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten

- 9.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
 - 9.1.1. Leistungsumfang
 - 9.1.2. Selbstbehalt
 - 9.1.3. Leistungen Dritter
- 9.2. Suchaktionen
- 9.3. Fahrtkosten

10. CASAMED-Variante

- 10.1. Zusätzliche Bedingungen
- 10.2. Hausarztprinzip
- 10.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip
- 10.4. Spitäler
- 10.5. Andere Fachpersonen
- 10.6. Weitere Leistungserbringer
- 10.7. Notfall
- 10.8. Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante
 - 10.8.1. Leistungsausschluss
 - 10.8.2. Ausschluss Hausarztvariante
- 10.9. Leistungsabwicklung
 - 10.9.1. Pauschalabrechnung
 - 10.9.2. Veranlasste Leistung

Wo diese AVB nicht ausdrücklich die weibliche Form verwenden, gilt die männliche Form auch für Frauen.

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Versicherungsträger

Der Versicherungsträger ist ÖKK Versicherungen AG, Landquart (Versicherer).

1.2. Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen (GB) des Versicherers sind integrierter Bestandteil dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Bei Abweichungen gehen die AVB den GB vor.

1.3. Zweck

Die Versicherung leistet für ambulante Behandlungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft sowie Notfälle im Ausland.

Die Versicherung leistet für ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente, natürliche Heilmittel und zahlt ein Stillgeld aus.

Die Versicherung leistet in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine Sozialversicherung gedeckt ist.

1.4. Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer anerkannt sind.

1.5. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung leistet in der Schweiz, wenn nicht anders bestimmt.

1.6. Versicherungsabschluss

Die Versicherung kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr abgeschlossen werden.

2. Ambulante Behandlung

2.1. Ärztliche Behandlung

Die Versicherung leistet 90% für ärztliche Behandlung durch KVG-Ärzte. Es gilt der am Behandlungsort gültige KVG-Tarif.

2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

Die Versicherung leistet für ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt.

2.3. Nichtärztliche Psychotherapie

2.3.1. Leistungsumfang

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 1'000 pro Kalenderjahr für nichtärztliche psychotherapeutische Behandlung, wenn der Psychotherapeut die kantonale Bewilligung zur selbständigen Praxisführung hat.

2.3.2. Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprache-suches durch den Vertrauensarzt.

Die Versicherung leistet nicht für Psychotherapien zur Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsentwicklung oder zu Lernzwecken.

Die Versicherung leistet nicht für Parallelbehandlungen bei weiteren Psychologen oder Psychiatern.

2.4. Thermalbad

Die Versicherung leistet 50%, bis zwölf Eintritte pro Kalenderjahr für ärztlich verordnetes Thermalbad.

2.5. Sterilisation

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 1'000 für Sterilisation und Vasektomie von Erwachsenen.

3. Mutterschaft

3.1. Geburtsvorbereitung

Die Versicherung leistet bis CHF 100 pro Schwangerschaft für von einer Fachperson durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse (inkl. Rückbildungs- und Schwangerschaftsgymnastik).

3.2. Stillgeld

Die Versicherung leistet CHF 150, wenn die Mutter ihr Kind zehn Wochen lang stillt.

4. Prävention

4.1. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Die Versicherung leistet 90% einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung nach KVG zum KVG-Tarif pro Kalenderjahr, wenn im laufenden Kalenderjahr keine Leistung für eine entsprechende Vorsorgeuntersuchung aus der Krankenpflegeversicherung nach KVG erbracht wird.

4.2. Check-Up-Untersuchung

Die Versicherung leistet 90%, bis CHF 300 pro Kalenderjahr für ärztliche Check-Up-Untersuchung.

4.3. Impfung

Die Versicherung leistet 90%, bis CHF 200 für medizinisch anerkannte Impfungen.

4.4. Gesundheitskonto

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 200 pro Kalenderjahr für ausgewählte Präventivmassnahmen pro Bereich Ernährung, Bewegung und sonstige Prävention.

Werden Präventivmassnahmen verschiedener Bereiche in Anspruch genommen, leistet die Versicherung bis CHF 400 pro Kalenderjahr.

Der Beitrag an einzelne anerkannte Präventivmassnahmen kann begrenzt werden.

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

5. Hilfsmittel

5.1. Sehhilfen

Die Versicherung leistet bis CHF 150 pro Kalenderjahr für Brillen, Gläser und Kontaktlinsen zur Sehkorrektur.

5.2. Andere Hilfsmittel

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 250 pro Kalenderjahr für ärztlich verordnete Hilfsmittel, für die aus der Krankenpflegeversicherung nach KVG nicht geleistet wird.

Die Hilfsmittel müssen vom Versicherer anerkannt sein. Nicht versichert sind Betriebs-, Unterhalts- und Reparaturkosten von Hilfsmitteln.

6. Zahnärztliche Behandlung

6.1. Kontrolluntersuchung und Prophylaxe

Die Versicherung leistet bis CHF 60 pro Kalenderjahr für zahnärztliche Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen oder zahnmedizinische Prophylaxe von Kindern und Jugendlichen bis 25 Jahre.

6.2. Weisheitszähne

Die Versicherung leistet 90% für die Extraktion von Weisheitszähnen. Die Versicherung leistet bei stationärer Behandlung in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton.

6.3. Kieferorthopädische Behandlung

Die Versicherung leistet 70%, bis CHF 5'000 für kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis 25 Jahre gemäss anerkanntem Tarif.

Die Versicherung leistet, wenn eine Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren (Karenzfrist) vorliegt. Die Karenzfrist entfällt, wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht.

6.4. Behandlung im Ausland

Die Versicherung leistet, wenn die Behandlung in einem angrenzenden Nachbarland der Schweiz erfolgt.

6.5. Tarif

Die Versicherung leistet auf Grundlage des für zahnärztliche Leistungen geltenden KVG-Tarifs.

Die Versicherung rechnet Leistungen der Kantone und Gemeinden an. Sie leistet im Nachgang.

7. Alternativmedizin

7.1. Alternativmedizinische Behandlung

Die Versicherung leistet 70%, bis CHF 3'000 pro Kalenderjahr für alternativmedizinische Behandlung, wenn die Therapiemethode (z. B. Ayurveda, traditionelle chinesische Medizin, naturheilkundliche Praktiken) und der Therapeut oder der Arzt vom Versicherer anerkannt sind.

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Therapiemethoden und Therapeuten und Ärzte. Er führt eine Liste der anerkannten Therapiemethoden.

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 500 pro Kalenderjahr für weitere, durch qualifizierte Personen vorgenommene alternativmedizinische Behandlungen.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten. Keine Leistungen werden für mehrere alternativmedizinische Parallelbehandlungen erbracht, von denen kein Nutzen zu erwarten ist.

7.2. Behandlung im Ausland

Die Versicherung leistet, wenn die Behandlung in einem angrenzenden Nachbarland der Schweiz erfolgt.

8. Medikamente und Heilmittel

8.1. Nichtpflichtmedikamente

Die Versicherung leistet 70% für ärztlich verordnete Medikamente, die nicht in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT), der Spezialitätenliste (SL) gemäss KVG oder der Negativliste des Versicherers stehen.

8.2. Natürliche Heilmittel

Die Versicherung leistet 70% für phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Heilmittel sowie von Oligosolen, wenn sie nicht in der Negativliste des Versicherers stehen.

9. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten

9.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

9.1.1. Leistungsumfang

Die Versicherung leistet für

- medizinisch notwendige Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital,
- Rücktransporte in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung,
- Rettungs- und Bergungsaktionen

insgesamt bis CHF 50'000 pro Kalenderjahr.

Die Versicherung leistet bei Transport im Luftfahrzeug, wenn er medizinisch notwendig ist.

9.1.2. Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt CHF 100 pro Fall.

9.1.3. Leistungen Dritter

Keine Versicherungsdeckung besteht für Transportkosten, die durch eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisation gedeckt sind.

9.2. Suchaktionen

Die Versicherung leistet bis CHF 20'000 pro Kalenderjahr für Suchaktionen, zusätzlich zur Leistung bei Rettung oder Bergung.

9.3. Fahrtkosten

Die Versicherung leistet 90%, bis CHF 100 pro Kalenderjahr für Fahrtkosten öffentlicher Verkehrsmittel zwischen Wohn- und Behandlungsort, wenn die Behandlung am Wohnort oder im Umkreis von 30 Kilometern nicht erbracht werden kann.

10. CASAMED-Variante

10.1. Zusätzliche Bedingungen

Für Versicherte, die in der Krankenpflegeversicherung nach KVG ihr Wahlrecht auf bestimmte Leistungserbringer beschränkt haben, gelten die folgenden zusätzlichen Bedingungen.

10.2. Hausarztprinzip

Die Versicherung leistet nach dem Hausarztprinzip. Leistungen müssen von dem Hausarzt erbracht, verordnet oder veranlasst werden, den der Versicherte gewählt hat.

Die Versicherung kann telemedizinische Institutionen als Hausarzt anerkennen.

10.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip

Die Versicherung leistet für Routinebehandlungen von Augen-, Frauen- und Kinderärzten ohne vorgängige Konsultation des Hausarztes. Führen sie weitergehende Behandlungen durch, ist der Hausarzt zu konsultieren.

Die Versicherung leistet für alternativmedizinische Behandlung, Präventivmassnahmen im Rahmen des Gesundheitskontos, Geburtsvorbereitung, Transport, Suche, Rettung und Bergung, zahnärztliche Kontrolluntersuchung ohne Konsultation des Hausarztes.

10.4. Spitäler

Die Versicherung kann Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Behandlung des Versicherten ausschliesslich obliegt.

10.5. Andere Fachpersonen

Die Versicherung kann anstelle des Hausarztes andere Fachpersonen bezeichnen, die Leistungen erbringen, verordnen oder veranlassen.

10.6. Weitere Leistungserbringer

Die Versicherung kann weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Therapeuten, Sanitätsfachgeschäfte oder ähnliche Leistungserbringer bezeichnen, denen die medizinische Behandlung oder Versorgung des Versicherten ausschliesslich obliegt.

10.7. Notfall

Die Versicherung leistet bei Notfällen ungeachtet vom Hausarztprinzip.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

10.8. Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante

10.8.1. Leistungsausschluss

Begibt sich der Versicherte ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbrin-

ger, der nicht in seinem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu seinen Lasten.

10.8.2. Ausschluss Hausarztvariante

Der Versicherer kann den Versicherten bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten aus der Hausarztvariante in die ordentliche Versicherungsvariante umteilen.

10.9. Leistungsabwicklung

10.9.1. Pauschalabrechnung

Die Versicherung kann mit dem Hausarzt vereinbaren, dass Leistungen pauschal abgegolten werden.

10.9.2. Veranlasste Leistung

Die Versicherung kann bei veranlasster Leistung vom Versicherten oder vom Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

ÖKK PREMIUM

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2010

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung

- 1.1. Versicherungsträger
- 1.2. Gemeinsame Bestimmungen
- 1.3. Zweck
- 1.4. Leistungsvoraussetzung
- 1.5. Örtlicher Geltungsbereich
- 1.6. Versicherungsabschluss

2. Ambulante Behandlung

- 2.1. Ärztliche Behandlung
- 2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland
- 2.3. Nichtärztliche Psychotherapie
 - 2.3.1. Leistungsumfang
 - 2.3.2. Leistungsvoraussetzung
- 2.4. Thermalbad
- 2.5. Sterilisation
- 2.6. Augenlaser

3. Mutterschaft

- 3.1. Geburtsvorbereitung
- 3.2. Stillgeld

4. Prävention

- 4.1. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- 4.2. Check-Up-Untersuchung
- 4.3. Impfung
- 4.4. Gesundheitskonto

5. Hilfsmittel

- 5.1. Sehhilfen
- 5.2. Andere Hilfsmittel

6. Zahnärztliche Behandlung

- 6.1. Kontrolluntersuchung und Prophylaxe
- 6.2. Weisheitszähne
- 6.3. Kieferorthopädische Behandlung
- 6.4. Behandlung im Ausland
- 6.5. Tarif

7. Alternativmedizin

- 7.1. Alternativmedizinische Behandlung
- 7.2. Behandlung im Ausland

8. Medikamente und Heilmittel

- 8.1. Nichtpflichtmedikamente
- 8.2. Natürliche Heilmittel

9. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten

- 9.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
 - 9.1.1. Leistungsumfang
 - 9.1.2. Selbstbehalt
 - 9.1.3. Leistungen Dritter
- 9.2. Suchaktionen
- 9.3. Fahrtkosten

10. CASAMED-Variante

- 10.1. Zusätzliche Bedingungen
- 10.2. Hausarztprinzip
- 10.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip
- 10.4. Spitäler
- 10.5. Andere Fachpersonen
- 10.6. Weitere Leistungserbringer
- 10.7. Notfall
- 10.8. Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante
 - 10.8.1. Leistungsausschluss
 - 10.8.2. Ausschluss Hausarztvariante
- 10.9. Leistungsabwicklung
 - 10.9.1. Pauschalabrechnung
 - 10.9.2. Veranlasste Leistung

Wo diese AVB nicht ausdrücklich die weibliche Form verwenden, gilt die männliche Form auch für Frauen.

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Versicherungsträger

Der Versicherungsträger ist ÖKK Versicherungen AG, Landquart (Versicherer).

1.2. Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen (GB) des Versicherers sind integrierter Bestandteil dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Bei Abweichungen gehen die AVB den GB vor.

1.3. Zweck

Die Versicherung leistet für ambulante Behandlungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft sowie Notfälle im Ausland.

Die Versicherung leistet für ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente, natürliche Heilmittel und zahlt ein Stillgeld aus.

Die Versicherung leistet in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine Sozialversicherung gedeckt ist.

1.4. Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer anerkannt sind.

1.5. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung leistet in der Schweiz und im Ausland, wenn nicht anders bestimmt.

1.6. Versicherungsabschluss

Die Versicherung kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr abgeschlossen werden.

2. Ambulante Behandlung

2.1. Ärztliche Behandlung

Die Versicherung leistet 90% für ärztliche Behandlung.

2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

Die Versicherung leistet für ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt.

2.3. Nichtärztliche Psychotherapie

2.3.1. Leistungsumfang

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 1'000 pro Kalenderjahr für nichtärztliche psychotherapeutische Behandlung, wenn der Psychotherapeut die kantonale Bewilligung zur selbständigen Praxisführung hat.

2.3.2. Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprache-suches durch den Vertrauensarzt.

Die Versicherung leistet nicht für Psychotherapien zur Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsentwicklung oder zu Lernzwecken.

Die Versicherung leistet nicht für Parallelbehandlungen bei weiteren Psychologen oder Psychiatern.

2.4. Thermalbad

Die Versicherung leistet 50%, bis zwölf Eintritte pro Kalenderjahr für ärztlich verordnetes Thermalbad.

2.5. Sterilisation

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 1'000 für Sterilisation und Vasektomie von Erwachsenen.

2.6. Augenlaser

Die Versicherung leistet bis CHF 1'000 einmalig für Augenlaserbehandlung zur Sehkorrektur von Erwachsenen ab 18 Jahre, wenn eine Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren (Karenzfrist) vorliegt.

3. Mutterschaft

3.1. Geburtsvorbereitung

Die Versicherung leistet bis CHF 200 pro Schwangerschaft für von einer Fachperson durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse (inkl. Rückbildungs- und Schwangerschaftsgymnastik).

3.2. Stillgeld

Die Versicherung leistet CHF 250, wenn die Mutter ihr Kind zehn Wochen lang stillt.

4. Prävention

4.1. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Die Versicherung leistet 90% einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung nach KVG zum KVG-Tarif pro Kalenderjahr, wenn im laufenden Kalenderjahr keine Leistung für eine entsprechende Vorsorgeuntersuchung aus der Krankenpflegeversicherung nach KVG erbracht wird.

4.2. Check-Up-Untersuchung

Die Versicherung leistet 90%, bis CHF 500 pro Kalenderjahr für ärztliche Check-Up-Untersuchung.

4.3. Impfung

Die Versicherung leistet 90%, bis CHF 300 für medizinisch anerkannte Impfungen.

4.4. Gesundheitskonto

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 300 pro Kalenderjahr für ausgewählte Präventivmassnahmen pro Bereich Familie, Ernährung, Bewegung und sonstige Prävention.

Werden Präventivmassnahmen verschiedener Bereiche in Anspruch genommen, leistet die Versicherung bis CHF 600 pro Kalenderjahr. Der Beitrag an einzelne anerkannte Präventivmassnahmen kann begrenzt werden.

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

5. Hilfsmittel

5.1. Sehhilfen

Die Versicherung leistet bis CHF 200 pro Kalenderjahr für Brillen- gläser und Kontaktlinsen zur Sehkorrektur.

5.2. Andere Hilfsmittel

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 300 pro Kalenderjahr für ärztlich verordnete Hilfsmittel, für die aus der Krankenpflegever- sicherung nach KVG nicht geleistet wird.

Die Hilfsmittel müssen vom Versicherer anerkannt sein.

Nicht versichert sind Betriebs-, Unterhalts- und Reparaturkosten von Hilfsmitteln.

6. Zahnärztliche Behandlung

6.1. Kontrolluntersuchung und Prophylaxe

Die Versicherung leistet bis CHF 100 pro Kalenderjahr für zahnärzt- liche Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen oder zahnmedizinische Prophylaxe.

6.2. Weisheitszähne

Die Versicherung leistet 90% für die Extraktion von Weisheits- zähnen.

Die Versicherung leistet bei stationärer Behandlung in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton.

6.3. Kieferorthopädische Behandlung

Die Versicherung leistet 70% für kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis 25 Jahre gemäss anerkanntem Tarif.

Die Versicherung leistet, wenn eine Versicherungsdauer von min- destens drei Jahren (Karenzfrist) vorliegt. Die Karenzfrist entfällt, wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht.

6.4. Behandlung im Ausland

Die Versicherung leistet, wenn die Behandlung in einem angrenzenden Nachbarland der Schweiz erfolgt.

6.5. Tarif

Die Versicherung leistet auf Grundlage des für zahnärztliche Leistungen geltenden KVG-Tarifs.

Die Versicherung rechnet Leistungen der Kantone und Gemeinden an. Sie leistet im Nachgang.

7. Alternativmedizin

7.1. Alternativmedizinische Behandlung

Die Versicherung leistet 70%, bis CHF 10'000 pro Kalenderjahr für alternativmedizinische Behandlung, wenn die Therapiemethode (z. B. Ayurveda, traditionelle chinesische Medizin, naturheilkund- liche Praktiken) und der Therapeut oder der Arzt vom Versicherer anerkannt sind.

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Therapiemethoden und Therapeuten und Ärzte. Er führt eine Liste der anerkannten Therapiemethoden.

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 1'000 pro Kalenderjahr für weitere, durch qualifizierte Personen vorgenommene alternativme- dizinische Behandlungen.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizini- schen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten. Keine Leistungen werden für mehrere alternativmedizinische Paral- lelbehandlungen erbracht, von denen kein Nutzen zu erwarten ist.

7.2. Behandlung im Ausland

Die Versicherung leistet, wenn die Behandlung in einem angren- zenden Nachbarland der Schweiz erfolgt.

8. Medikamente und Heilmittel

8.1. Nichtpflichtmedikamente

Die Versicherung leistet 90% für ärztlich verordnete Medikamente, die nicht in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT), der Spezialitätenliste (SL) gemäss KVG oder der Negativliste des Versicherers stehen.

8.2. Natürliche Heilmittel

Die Versicherung leistet 90% für phytotherapeutische, homöopathi- sche und anthroposophische Heilmittel sowie von Oligosolen, wenn sie nicht in der Negativliste des Versicherers stehen.

9. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten

9.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

9.1.1. Leistungsumfang

Die Versicherung leistet für

- medizinisch notwendige Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital,
- Rücktransporte in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung,
- Rettungs- und Bergungsaktionen

insgesamt bis CHF 100'000 pro Kalenderjahr.

Die Versicherung leistet bei Transport im Luftfahrzeug, wenn er medizinisch notwendig ist.

9.1.2. Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt CHF 100 pro Fall.

9.1.3. Leistungen Dritter

Keine Versicherungsdeckung besteht für Transportkosten, die durch eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflug- wacht oder ähnlichen Organisation gedeckt sind.

9.2. Suchaktionen

Die Versicherung leistet bis CHF 20'000 pro Kalenderjahr für Suchaktionen, zusätzlich zur Leistung bei Rettung oder Bergung.

9.3. Fahrtkosten

Die Versicherung leistet 90%, bis CHF 400 pro Kalenderjahr für Fahrtkosten öffentlicher Verkehrsmittel zwischen Wohn- und Behandlungsort, wenn die Behandlung am Wohnort oder im Umkreis von 30 Kilometern nicht erbracht werden kann.

10. CASAMED-Variante

10.1. Zusätzliche Bedingungen

Für Versicherte, die in der Krankenpflegeversicherung nach KVG ihr Wahlrecht auf bestimmte Leistungserbringer beschränkt haben, gelten die folgenden zusätzlichen Bedingungen.

10.2. Hausarztprinzip

Die Versicherung leistet nach dem Hausarztprinzip. Leistungen müssen von dem Hausarzt erbracht, verordnet oder veranlasst werden, den der Versicherte gewählt hat.

Die Versicherung kann telemedizinische Institutionen als Hausarzt anerkennen.

10.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip

Die Versicherung leistet für Routinebehandlungen von Augen-, Frauen- und Kinderärzten ohne vorgängige Konsultation des Hausarztes. Führen sie weitergehende Behandlungen durch, ist der Hausarzt zu konsultieren.

Die Versicherung leistet für alternativmedizinische Behandlung, Präventivmassnahmen im Rahmen des Gesundheitskontos, Geburtsvorbereitung, Transport, Suche, Rettung und Bergung, zahnärztliche Kontrolluntersuchung ohne Konsultation des Hausarztes.

10.4. Spitäler

Die Versicherung kann Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Behandlung des Versicherten ausschliesslich obliegt.

10.5. Andere Fachpersonen

Die Versicherung kann anstelle des Hausarztes andere Fachpersonen bezeichnen, die Leistungen erbringen, verordnen oder veranlassen.

10.6. Weitere Leistungserbringer

Die Versicherung kann weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Therapeuten, Sanitätsfachgeschäfte oder ähnliche Leistungserbringer bezeichnen, denen die medizinische Behandlung oder Versorgung des Versicherten ausschliesslich obliegt.

10.7. Notfall

Die Versicherung leistet bei Notfällen ungeachtet vom Hausarztprinzip.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

10.8. Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante

10.8.1. Leistungsausschluss

Begibt sich der Versicherte ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbrin-

ger, der nicht in seinem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu seinen Lasten.

10.8.2. Ausschluss Hausarztvariante

Der Versicherer kann den Versicherten bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten aus der Hausarztvariante in die ordentliche Versicherungsvariante umteilen.

10.9. Leistungsabwicklung

10.9.1. Pauschalabrechnung

Die Versicherung kann mit dem Hausarzt vereinbaren, dass Leistungen pauschal abgegolten werden.

10.9.2. Veranlasste Leistung

Die Versicherung kann bei veranlasster Leistung vom Versicherten oder vom Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

ÖKK KOMBI

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2012

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung

- 1.1. Zweck
- 1.2. Versicherungsabschluss
- 1.3. Leistungsvoraussetzung
 - 1.3.1. Allgemeines
 - 1.3.2. Akutspital
 - 1.3.3. Behandlung in anderen Spitälern
- 1.4. Unfall-Deckung
- 1.5. Versicherungsmöglichkeiten
 - 1.5.1. Leistungsstufen
 - 1.5.2. Spitäler mit anerkanntem Tarif
 - 1.5.3. Vertragsspitäler bei KOMBI Komfort
 - 1.5.4. Fehlende Kriterien, Maximaltarife
 - 1.5.5. Einteilung der Spitäler

2. Stationäre Behandlung

- 2.1. Akutbehandlung
 - 2.1.1. Leistungsvoraussetzung
 - 2.1.2. Leistungsumfang
 - 2.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung
 - 2.1.4. Behandlung in einem Nicht-Listenspital
 - 2.1.5. Behandlung in einem Nicht-Vertragsspital
- 2.2. Langzeitbehandlung
 - 2.2.1. Definition
 - 2.2.2. Leistungsumfang
- 2.3. Stationäre Rehabilitation
- 2.4. Psychiatrische Kliniken
- 2.5. Leistungen im Ausland
 - 2.5.1. Bei Notfällen
 - 2.5.2. Wahlbehandlung im Ausland
 - 2.5.3. Vorgehen bei Spitalaufenthalt

3. Kuren

- 3.1. Erholungskuren
- 3.2. Badekuren
- 3.3. Andere Kuren
- 3.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt

4. Besondere Leistungen

- 4.1. SPITEX
 - 4.1.1. Grundsatz
 - 4.1.2. Leistungsumfang
 - 4.1.3. Leistungserbringer
- 4.2. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
- 4.3. Fahrtspesen
- 4.4. Kinderhütedienst
 - 4.4.1. Grundsatz

- 4.4.2. Leistungsvoraussetzungen
- 4.4.3. Leistungsumfang
- 4.5. Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen in der KOMBI Privat Unfall
 - 4.5.1. Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung
 - 4.5.2. Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten ohne KVG-Unterstellung
 - 4.5.3. Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland
- 4.6. Rooming-In
- 4.7. Spitaltaggeld

5. Mutterschaft

- 5.1. Kosten der stationären Behandlung
- 5.2. Geburt in Geburtshaus
- 5.3. Haushalthilfe nach Geburt
 - 5.3.1. Grundsatz
 - 5.3.2. Geburt im Spital
 - 5.3.3. Hausgeburt
- 5.4. KOMBI Privat Unfall

6. Unfall-Zusatz

7. CASAMED-Variante

- 7.1. Allgemeines
- 7.2. Leistungsstufen
- 7.3. Allgemeine Leistungsvoraussetzung
- 7.4. Spitalwahl
- 7.5. Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte
- 7.6. Notfälle
- 7.7. Leistungsausschluss

8. ECOPLAN, Variante mit eingeschränkter Spitalwahl

- 8.1. Allgemeines
- 8.2. Wahl / Kündigung des ECOPLAN
- 8.3. Leistungsumfang
- 8.4. Behandlung in einem anderen Spital

9. Franchise und Vergütung in der KOMBI Halbprivat, Privat und Global

- 9.1. Franchise
 - 9.1.1. Allgemeines
 - 9.1.2. Wechsel/Kündigung der Franchise
 - 9.1.3. Franchisehöhe
- 9.2. Vergütung

10. Kostenbeteiligung in der KOMBI Flex

- 10.1. Umfang der Kostenbeteiligung
- 10.2. Maximale Kostenbeteiligung für Familien

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Zweck

Die KOMBI-Versicherung bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen im Akutspital bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Sie erbringt im weiteren Beiträge an Kuren, Langzeitbehandlung, spitalexterne Haushalthilfe (SPITEX) und Transportkosten.

Die KOMBI Privat Unfall-Versicherung bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen in der Privatabteilung eines Akutspitals bei Unfall. Sie erbringt im weiteren Beiträge an Kuren, spitalexterne Haushalthilfe (SPITEX) und Transportkosten.

Die Leistungen der KOMBI werden in Ergänzung zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG (BASIS) erbracht. Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch die BASIS oder eine andere obligatorische Krankenpflegeversicherung abgedeckt ist. Bestehende Spitaltaggeld- und/oder Spitalbehandlungskosten-Versicherungen der ÖKK Versicherungen AG gehen den Leistungen der KOMBI vor.

1.2. Versicherungsabschluss

Die KOMBI kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

Die KOMBI Privat Unfall kann nur zusammen mit einer der folgenden Versicherungsabteilungen von ÖKK abgeschlossen bzw. geführt werden:

- ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ
- ÖKK PRIVAT-ZUSATZ
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK KOMBI

1.3. Leistungsvoraussetzung

1.3.1. Allgemeines

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und in einem Akutspital erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

1.3.2. Akutspital

Als Akutspital gelten Heilanstalten, welche diejenigen medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen erbringen können und über diejenige technische Infrastruktur verfügen, die zur Behandlung von Erkrankungen, Unfällen und für Geburten notwendig sind, die dauernde ärztliche Überwachung erfordern. Spitalbehandlungen müssen zudem in Spitälern erfolgen, die gemäss Art. 39 KVG auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt sind.

1.3.3. Behandlung in anderen Spitälern

Bei Behandlungen in anderen Spitälern sind Leistungen gemäss Ziffern 2.1.4. und 2.2. versichert.

1.4. Unfall-Deckung

In der KOMBI-Versicherung (ausgenommen KOMBI Privat Unfall) kann die Unfall-Deckung ausgeschlossen werden. Die KOMBI Privat Unfall-Versicherung bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen in der Privatabteilung eines Akutspitals bei Unfall.

1.5. Versicherungsmöglichkeiten

1.5.1. Leistungsstufen

In der KOMBI werden folgende Leistungsstufen geführt:

KOMBI Allgemein: Allgemeine Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Mehrbettzimmer).

KOMBI Halbprivat: Halbprivate Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Zweibettzimmer).

KOMBI Privat: Private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz (Einbettzimmer).

KOMBI Privat Unfall: – Notfallmässige Behandlung bei Unfall:
Private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Welt.
– Behandlung von Unfallfolgen:
Private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz bei Unfall.

KOMBI Global: Private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Welt (Einbettzimmer).

KOMBI Flex: Allgemeine oder halbprivate Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz nach Wahl oder private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz nach Wahl; mit entsprechender Kostenbeteiligung.

KOMBI Komfort: Medizinische Akutbehandlung und -betreuung in Komfort-Vertragsspital analog KOMBI Allgemein (allgemeine Abteilung). Aufenthaltskosten sind je nach versicherter Deckung im Einbett- oder Zweibettzimmer gedeckt.

Die Leistungsstufe KOMBI Komfort kann auf versicherte Personen mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

1.5.2. Spitäler mit anerkanntem Tarif

Als Spitäler mit anerkanntem Tarif gelten Spitäler, mit welchen der Versicherte Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat, oder Spitäler, die sich ohne Vereinbarung an diese Tarife halten. Die Kasse führt eine Liste der Spitäler mit anerkanntem Tarif, die jederzeit eingesehen werden kann.

1.5.3. Vertragsspitaler bei KOMBI Komfort

Als Vertragsspital gelten Spitäler, mit welchen der Versicherte entsprechende Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat. Die Kasse führt eine Liste dieser Vertragsspitaler. Sie wird laufend angepasst und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

1.5.4. Fehlende Kriterien, Maximaltarife

Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Bestimmungen genannten, so werden diese versicherungsmassig als private Abteilungen behandelt. Der Versicherte kann bei der allgemeinen sowie bei der halbprivaten Abteilung Maximaltarife festlegen, die als Kriterium für die Einteilung in die versicherten Spitalabteilungen dienen.

Diese Maximaltarife richten sich nach den Tarifen und Vereinbarungen eines vergleichbaren, in der Wohnregion der versicherten Person gelegenen Spitals mit anerkanntem Tarif.

Die vom Versicherte allfällig festgelegten Maximaltarife können bei der Kasse eingesehen werden.

1.5.5. Einteilung der Spitäler

Spitäler, welche diese Einteilungskriterien nicht erfüllen, d.h. keine allgemeine Abteilung und/oder keine halbprivate, bzw. lediglich eine private Abteilung im Sinne dieser Bestimmungen führen, werden bei der Kasse auf einer Liste geführt, die eingesehen werden kann.

2. Stationäre Behandlung

2.1. Akutbehandlung

2.1.1. Leistungsvoraussetzung

Die KOMBI erbringt stationäre Leistungen, soweit und solange die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne der BASIS ist.

2.1.2. Leistungsumfang

Die KOMBI übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der BASIS die Kosten bei Spitalaufenthalten für diejenige Abteilung, welche gemäss gewählter Versicherungsstufe versichert ist.

Nicht versichert ist die in der BASIS zu leistende Kostenbeteiligung inklusive des täglichen Beitrages an die Kosten des Spitalaufenthaltes.

2.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

Erfolgt die Behandlung in einer höheren als der versicherten Spitalabteilung, so sind höchstens folgende Leistungen gedeckt:

KOMBI Allgemein: Die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, wird aus der KOMBI eine Pauschale von CHF 30.-/Tag ausgerichtet.

KOMBI Halbprivat: Die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese nicht ermitteln, wird aus der KOMBI eine Pauschale von CHF 120.- pro Tag ausgerichtet.

KOMBI Komfort: Den versicherten Personen, die in der KOMBI Komfort eine Deckung im Zweibettzimmer abgeschlossen haben, werden bei Aufenthalt in einem Einbettzimmer eines Komfort-Vertragsspitales diejenigen Leistungen vergütet, die ihrer Versicherungsdeckung entsprechen.

Erfolgen Behandlung und Aufenthalt von KOMBI Komfort-Versicherten in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines Komfort-Vertragsspitales, so werden ebenfalls diejenigen Leistungen vergütet, die ihrer Versicherungsdeckung entsprechen.

2.1.4. Behandlung in einem Nicht-Listenspital

Erfolgt die Behandlung in einem Spital, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, so sind höchstens folgende Leistungen gedeckt:

KOMBI Allgemein/ Komfort: Eine Pauschale von CHF 30.-/Tag.

KOMBI Halbprivat/ Privat/Privat Unfall (Unfallfolgen)/Flex: Die Mehrkosten, die bei Aufenthalt in einem Referenzspital im Wohnkanton im Vergleich zwischen der allgemeinen und der versicherten Abteilung entstanden wären.

KOMBI Privat Unfall (Notfälle) / Global: Volle Kostendeckung.

2.1.5. Behandlung in einem Nicht-Vertragsspital

Erfolgt die Behandlung von KOMBI Komfort-Versicherten in einem

Spital, welches nicht auf der von der Kasse geführten Liste der Komfort-Vertragsspitales aufgeführt ist, so sind die Leistungen höchstens gemäss allgemeiner Abteilung bzw. Referenztarif eines Komfort-Vertragsspitales im Wohnkanton gedeckt.

2.2. Langzeitbehandlung

2.2.1. Definition

Zustände dauernder gleichförmiger Beeinträchtigung der Gesundheit, die zwar Pflege, nicht aber ständiges ärztliches Pikett erfordern, gelten als chronische Krankheit.

2.2.2. Leistungsumfang

Die KOMBI richtet folgende Tagespauschalen aus, wenn

- die Betreuung einer chronischkranken Person den Aufenthalt in einem dafür geeigneten und anerkannten Spital erfordert, oder
- ein Aufenthalt in einem Akutspital die Eigenschaft einer Langzeitbehandlung für Chronischkranke annimmt. In diesem Fall kann der Versicherer seine Leistungen nach einmonatiger Voranzeige herabsetzen. Die Spitaltage werden dabei ab Voranzeigedatum an die Leistungsdauer angerechnet:

	1. bis 90. Tag	91. bis 180. Tag
KOMBI Halbprivat/Flex:	CHF 50.-	CHF 25.-
KOMBI Privat/Privat Unfall:	CHF 70.-	CHF 35.-
KOMBI Global:	CHF 90.-	CHF 45.-

Diese Leistungen werden bei Behandlung in der versicherten Abteilung während drei Kalenderjahren einmal ausgerichtet. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der versicherten Abteilung, richten sich die Leistungen nach der KOMBI-Variante für diejenige Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.3. Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einem vom Versicherer anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, gewährt die KOMBI für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen. Danach richtet sie unter Anrechnung der vorangegangenen Aufenthaltsdauer die Leistungen für Langzeitbehandlungen aus.

Die anerkannten Sanatorien oder Rehabilitationsanstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit bei der Kasse eingesehen werden kann.

2.4. Psychiatrische Kliniken

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik übernimmt die KOMBI die volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen während 90 Tagen. Aus der KOMBI Privat Unfall werden keine Leistungen entrichtet.

Dauert die Behandlung länger, werden bei Behandlung in der entsprechenden Abteilung folgende Tagespauschalen ausgerichtet:

	ab 91. bis 180. Tag
KOMBI Allgemein/Komfort:	CHF 20.-
KOMBI Halbprivat/Flex:	CHF 50.-
KOMBI Privat:	CHF 70.-
KOMBI Global:	CHF 90.-

Diese Leistungen werden während drei Kalenderjahren einmal erbracht. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der versicherten Abteilung, richten sich die Leistungen nach der KOMBI-Variante für diejenige Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.5. Leistungen im Ausland

2.5.1. Bei Notfällen

Die KOMBI übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der BASIS die Kosten für die notfallmässige stationäre Behandlung in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zur vollen Kostendeckung in der versicherten Abteilung. Die Leistungen werden so lange erbracht, als ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist.

2.5.2. Wahlbehandlung im Ausland

Die Leistungen der KOMBI Global werden auch erbracht, wenn sich die versicherte Person mit der Absicht ins Ausland begibt, sich dort behandeln zu lassen.

Bei den übrigen Leistungsstufen werden die gleichen Leistungen wie bei Behandlung in einem Nicht-Listenspital erbracht.

2.5.3. Vorgehen bei Spitalaufenthalt

Bei einer stationären Behandlung ist bei der Kasse sofort, spätestens jedoch innert 10 Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprache gesuch einzureichen.

3. Kuren

3.1. Erholungskuren

Es besteht freie Wahl unter den ärztlich geleiteten Kuranstalten, die vom Versicherer anerkannt sind. Die anerkannten Kuranstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit bei der Kasse eingesehen werden kann.

An ärztlich verordnete Erholungskuren im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als Akutpatientin oder Akutpatient vergütet die KOMBI während maximal 21 Tagen pro Fall folgende Leistungen:

KOMBI Allgemein/Komfort:	CHF 50.-/Tag
KOMBI Halbprivat/Flex:	CHF 70.-/Tag
KOMBI Privat/Privat Unfall:	CHF 90.-/Tag
KOMBI Global:	CHF 110.-/Tag

3.2. Badekuren

Die KOMBI erbringt während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen:

KOMBI Allgemein/Komfort:	CHF 30.-/Tag
KOMBI Halbprivat/Flex:	CHF 30.-/Tag
KOMBI Privat/Privat Unfall:	CHF 50.-/Tag
KOMBI Global:	CHF 50.-/Tag

Es besteht die freie Wahl unter den von ÖKK anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern. Die Liste der anerkannten Heilbäder wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

Der Beitrag an die Badekur wird unabhängig davon ausgerichtet, ob die versicherte Person stationär in dem Heilbad behandelt wird oder in einem Hotel, einer Pension oder in Privaträumen am Ort des Heilbades wohnt.

Die Kasse kann eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Schlusskontrolle mit Schlussbericht an die einweisende Ärztin oder den einweisenden Arzt verlangen.

3.3. Andere Kuren

Auf Antrag der Vertrauensärztin oder des Vertrauensarztes der Kasse kann bei spezieller medizinischer Indikation für ärztlich

verordnete andere Kuren eine Pauschale bis zur Höhe des Badekurbeitrages ausgerichtet werden.

3.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt

Die ärztliche Verordnung für einen Kuraufenthalt ist der Kasse zwei Wochen vor Kurantritt inklusive Diagnose einzureichen.

Bei Unterbrechung einer Kur können Teilkurkosten nur übernommen werden, wenn die Unterbrechung durch Krankheit oder andere zwingende Gründe bedingt war und dafür von der Kurärztin oder vom Kurarzt ein Zeugnis vorliegt.

4. Besondere Leistungen

4.1. SPITEX

4.1.1. Grundsatz

Kann ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, richtet die KOMBI auf ärztliche Verordnung hin Beiträge an spitalexterne Haushalthilfen (SPITEX) aus, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

4.1.2. Leistungsumfang

An die Kosten von anerkannten Haushalthilfen gewährt die KOMBI einen Beitrag pro Kalenderjahr. Die Leistungen werden auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringern und Versicherer fehlt.

Die Leistungen werden wie folgt erbracht:

KOMBI Allgemein/Komfort:	bis CHF 40.-/Tag, max. CHF 400.-
KOMBI Halbprivat/Flex:	bis CHF 50.-/Tag, max. CHF 500.-
KOMBI Privat/Privat Unfall:	bis CHF 60.-/Tag, max. CHF 630.-
KOMBI Global:	bis CHF 60.-/Tag, max. CHF 800.-

Ist die versicherte Person für die Betreuung von mindestens einem Kind verantwortlich, werden die Leistungen wie folgt erbracht:

KOMBI Allgemein/Komfort:	bis CHF 40.-/Tag, max. CHF 600.-
KOMBI Halbprivat/Flex:	bis CHF 70.-/Tag, max. CHF 1'000.-
KOMBI Privat/Privat Unfall:	bis CHF 100.-/Tag, max. CHF 1'300.-
KOMBI Global:	bis CHF 110.-/Tag, max. CHF 1'600.-

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

4.1.3. Leistungserbringer

Als Haushalthilfe wird anerkannt, wer gewerbsmässig auf eigene Rechnung oder für eine vom Versicherer vertraglich anerkannte SPITEX-Organisation den Haushalt in Vertretung der versicherten Person besorgt.

Die Beiträge werden ebenfalls ausgerichtet, wenn diese Hilfe durch Angehörige der versicherten Person erbracht wird und die Angehörigen dadurch einen nachweisbaren Erwerbsausfall erleiden oder Fahrspesen in entsprechender Höhe belegen können.

Anstelle der Leistungen an Haushalthilfe können die gleichen Beiträge erbracht werden bei pflegerischen Leistungen von kommerziellen SPITEX-Unternehmen, wenn an diese keine Vergütung aus der BASIS erfolgt.

4.2. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Notfalltransporte in das nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,

- des Rücktransports in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung,
 - für Rettungs- und Bergungsaktionen
- werden insgesamt folgende Beiträge aus der KOMBI geleistet:

KOMBI Allgemein/Komfort: CHF 10'000.-/Kalenderjahr an den ungedeckten Betrag, der CHF 100.-/Fall übersteigt.

KOMBI Halbprivat/Flex: CHF 20'000.-/Kalenderjahr.

KOMBI Privat/Privat Unfall: CHF 30'000.-/Kalenderjahr.

KOMBI Global: Unbegrenzt.

Transporte in Luftfahrzeugen werden nur übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

Keine Versicherungsdeckung besteht für Transportkosten, welche durch eine Mitgliedschaft (Gönner) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisationen abgedeckt sind.

4.3. Fahrtspesen

Die KOMBI erstattet 90%, bis CHF 300 pro Kalenderjahr der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel an eine versicherte Person in Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapie ausserhalb eines Umkreises von 30 Kilometern vom Wohnort.

4.4. Kinderhütendienst

4.4.1. Grundsatz

Die KOMBI des versicherten Kindes entrichtet Beiträge für den von einer Sektion des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) durchgeführten Betreuungs- und Pflegedienst für Kinder bis zum vollendeten 12. Altersjahr.

Voraussetzung dafür ist eine vertragliche Regelung zwischen ÖKK und dem SRK.

4.4.2. Leistungsvoraussetzungen

Die Leistungen werden erbracht, wenn das Kind infolge akuter Krankheit oder Unfall gemäss Beurteilung des SRK der Betreuung oder Pflege bedarf. Die Leistungserbringung ist ausschliesslich auf Betreuung und Pflege durch das vom SRK ausgebildete und beauftragte Fachpersonal beschränkt.

Einen Anspruch auf die Leistungen haben Kinder, sofern die erziehungsberechtigten Personen während der Zeit der Betreuung einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

4.4.3. Leistungsumfang

An den Betreuungs- und Pflegedienst entrichtet die KOMBI des versicherten Kindes einen Beitrag von maximal CHF 30.- pro Stunde bis maximal CHF 600.- pro Kalenderjahr.

4.5. Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen in der KOMBI Privat Unfall

4.5.1. Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung

Die KOMBI Privat Unfall erbringt an Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss KVG-Tarif.

4.5.2. Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten ohne KVG-Unterstellung

Die KOMBI Privat Unfall erbringt an ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspital-Ärztinnen und -Ärzten, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem Tarif.

4.5.3. Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland

Sofern die versicherte Person nicht über den PRIVAT-ZUSATZ, ÖKK OPTIMA oder ÖKK PREMIUM gedeckt ist, werden bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland aus der KOMBI Privat Unfall im Nachgang zu den Leistungen der BASIS die vollen Kosten gedeckt.

4.6. Rooming-In

Wird ein Kleinkind stationär behandelt, leistet Kombi aus der Versicherung des Kindes für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes bis CHF 50.- pro Tag.

Wird ein Elternteil stationär behandelt, leistet Kombi aus der Versicherung des Elternteils für den Aufenthalt eines Kleinkindes im Zimmer des Elternteils bis CHF 50.- pro Tag.

4.7. Spitaltaggeld

Die KOMBI Allgemein leistet im Spital nach einer Wartefrist von 5 Tagen CHF 15 pro Tag bis 730 Taggelder. Die Wartefrist gilt pro Kalenderjahr.

5. Mutterschaft

5.1. Kosten der stationären Behandlung

Die KOMBI deckt die ungedeckten Kosten einer Geburt im Spital für die Mutter und das Neugeborene gemäss abgeschlossener Versicherungsstufe der Mutter.

Ist das Neugeborene nicht bei ÖKK versichert, übernimmt die KOMBI der Mutter die ungedeckten Kosten im Nachgang zu einer anderweitigen Versicherung des Kindes.

Ist die Mutter nicht bei ÖKK versichert, übernimmt die KOMBI des Neugeborenen dessen ungedeckte Kosten im Nachgang zur Versicherung der Mutter.

5.2. Geburt in Geburtshaus

Bei Geburt in einem von ÖKK anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, werden folgende Leistungen erbracht:

KOMBI Allgemein/Komfort: bis CHF 1'000.- pro Geburt

KOMBI Halbprivat/Flex: bis CHF 2'000.- pro Geburt

KOMBI Privat/Global: volle Kostendeckung

Für KOMBI Flex-Versicherte entfällt die zusätzliche Kostenbeteiligung gemäss den Bestimmungen von KOMBI Flex.

5.3. Haushalthilfe nach Geburt

5.3.1. Grundsatz

Die KOMBI entrichtet Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushalthilfe durch vom Versicherer anerkanntes Personal.

Sie werden anstelle der ordentlichen SPITEX-Leistungen der KOMBI ausgerichtet.

Ebenfalls werden diese ausgerichtet, wenn die Hilfe durch Angehörige der versicherten Person erbracht wird und die Angehörigen dadurch einen nachweisbaren Erwerbsausfall erleiden.

5.3.2. Geburt im Spital

Im Anschluss an eine Geburt im Spital werden folgende Ansätze übernommen:

KOMBI Allgemein/Komfort: bis CHF 60.-/Tag, max. CHF 600.-
KOMBI Halbprivat/Flex: bis CHF 100.-/Tag, max. CHF 1'000.-
KOMBI Privat: bis CHF 100.-/Tag, max. CHF 1'300.-
KOMBI Global: bis CHF 110.-/Tag, max. CHF 1'600.-

5.3.3. Hausgeburt

Bei einer Hausgeburt oder nach einer ambulanten Geburt werden folgende Ansätze übernommen:

KOMBI Allgemein/Komfort: bis CHF 60.-/Tag, max. CHF 840.-
KOMBI Halbprivat/Flex: bis CHF 105.-/Tag, max. CHF 1'500.-
KOMBI Privat: bis CHF 135.-/Tag, max. CHF 1'900.-
KOMBI Global: bis CHF 165.-/Tag, max. CHF 2'310.-

5.4. KOMBI Privat Unfall

Aus der KOMBI Privat Unfall werden keine Leistungen bei Mutterschaft entrichtet (ausgenommen die Regelung betreffend Rooming-In).

6. Unfall-Zusatz

Im Anschluss an einen unfallbedingten Spitalaufenthalt werden die zur Behandlung der Unfallfolgen erforderlichen Hilfsmittel gemäss Praxis der obligatorischen Unfallversicherung übernommen.

Im gleichen Umfang werden die Kosten für Hilfsmittel übernommen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, wenn diese im Zusammenhang mit einem Unfall, der eine Spitalbehandlung erforderte, beschädigt wurden.

7. CASAMED-Variante

7.1. Allgemeines

Für versicherte Personen, die bei ÖKK in der BASIS in der Variante CASAMED versichert sind, gelten in der KOMBI die folgenden zusätzlichen Bestimmungen.

7.2. Leistungsstufen

Für CASAMED-Versicherte werden die Leistungsstufen KOMBI Allgemein, Halbprivat, Privat, Privat Unfall, Flex und Komfort geführt.

7.3. Allgemeine Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen der KOMBI Allgemein, Halbprivat, Privat, Flex und Komfort werden erbracht, wenn sie nach dem Hausarztprinzip erfolgt sind. Leistungen müssen von der CASAMED-Hausärztin oder vom CASAMED-Hausarzt, bei welchen die versicherte Person eingeschrieben ist, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können von ÖKK als CASAMED-Hausärzte anerkannt werden.

7.4. Spitalwahl

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann die Kasse die Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Betreuung der CASAMED-Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

7.5. Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte

Bei CASAMED-Versicherten, die in Routinebehandlung bei Augen-, Frauen- und Kinderärztinnen oder -ärzten stehen, werden die von

diesen Medizinalpersonen veranlassten ambulant oder stationär durchgeführten Operationen nach Beizug der CASAMED-Hausärztin oder des CASAMED-Hausarztes übernommen.

7.6. Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen der KOMBI Allgemein, Halbprivat, Privat, Privat Unfall, Flex und Komfort gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

7.7. Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

8. ECOPLAN, Variante mit eingeschränkter Spitalwahl

8.1. Allgemeines

Im Rahmen der KOMBI Halbprivat und Privat besteht die Variante mit eingeschränkter Spitalwahl ECOPLAN.

Der ECOPLAN kann auf Versicherte mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

8.2. Wahl / Kündigung des ECOPLAN

Der ECOPLAN kann beim Abschluss der KOMBI oder zu einem späteren Zeitpunkt jeweils auf Beginn eines Kalendermonats gewählt werden.

Der Wechsel vom ECOPLAN in die ordentliche KOMBI kann jeweils auf Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

8.3. Leistungsumfang

Aus dem ECOPLAN werden die Leistungen der KOMBI erbracht. Leistungen bei Spitalaufenthalt sind gedeckt, soweit die Behandlung in einem vom Versicherer speziell bezeichneten Spital erfolgt.

Der Versicherer bezeichnet die für diese Deckungs-Variante anerkannten Spitäler. Die Liste mit den ECOPLAN-Spitälern wird laufend angepasst oder ergänzt und kann jederzeit bei der Kasse eingesehen oder verlangt werden.

8.4. Behandlung in einem anderen Spital

Lässt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in einem Nicht-ECOPLAN-Spital behandeln, gehen sämtliche Kosten zu Lasten der versicherten Person.

Notfälle und aus medizinischen Gründen notwendige Behandlungen in einem Nicht-ECOPLAN-Spital sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen der KOMBI gedeckt. Ausser bei Notfällen wird diese Leistung jedoch nur nach vorgängiger Antragstellung an die Kasse erbracht. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

9. Franchise und Vergütung in der KOMBI Halbprivat, Privat und Global

9.1. Franchise

9.1.1. Allgemeines

Gegen eine entsprechende Reduktion der Prämien in der KOMBI Halbprivat, Privat und Global können sich Erwachsene für eine Franchise bei Spitalbehandlungen entscheiden.

Die wählbare Franchise wird in einem festen Betrag pro Kalenderjahr erhoben.

Die Franchise entfällt, wenn sich die versicherte Person auf die allgemeine Abteilung (Mehrbettzimmer) eines schweizerischen Akutspitals mit anerkanntem Tarif begibt.

Die halbe Franchise entfällt, wenn sich die in der KOMBI Privat oder Global versicherte Person auf die halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer) eines schweizerischen Akutspitals mit anerkanntem Tarif begibt.

Die Kostenbeteiligung entfällt auch, wenn gemäss diesen Versicherungsbedingungen aus der KOMBI Pauschalvergütungen ausgerichtet werden. Davon ausgenommen sind die versicherten Leistungen der KOMBI im Ausland. Auf diese wird eine entsprechende Kostenbeteiligung erhoben.

9.1.2. Wechsel/Kündigung der Franchise

Der Wechsel von einer tieferen zu einer höheren Franchise kann nur auf Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

Die Aufhebung bzw. der Wechsel zu einer tieferen Franchise ist frühestens ein Jahr nach dem Beitritt zur Variante mit wählbarer Franchise unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres möglich. Die Aufhebung bzw. der Wechsel zu einer tieferen Franchise gilt als Antrag auf einen neuen Versicherungsvertrag.

9.1.3. Franchisehöhe

In der KOMBI Halbprivat, Privat und Global stehen bei Spitalbehandlungen folgende Franchisehöhen zur Auswahl:

CHF 2'000.- pro Kalenderjahr

CHF 5'000.- pro Kalenderjahr

Die Franchise kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung der BASIS wird zusätzlich erhoben.

9.2. Vergütung

ÖKK KOMBI Halbprivat, Privat und Global leisten an Versicherte ab 16 Jahren eine Vergütung bei Wahl einer günstigeren Spitalabteilung in einem Akutspital in der Schweiz.

KOMBI Halbprivat: Allgemeine Abteilung bis CHF 300 pro Tag

Allgemeine Abteilung Komfort Ein- und Zweibettzimmer bis CHF 200 pro Tag

KOMBI Privat

KOMBI Global: Allgemeine Abteilung bis CHF 400 pro Tag

Allgemeine Abteilung Komfort Ein- und Zweibettzimmer bis CHF 300 pro Tag

Halbprivate Abteilung bis CHF 200 pro Tag

Die Beträge können der Spitalkostenentwicklung angepasst werden. Bei einer Reduktion der Beträge gilt das Rücktrittsrecht gemäss Art. 8.2. der Gemeinsamen Bestimmungen.

Die Vergütung wird geleistet, wenn keine Franchise vereinbart ist.

10. Kostenbeteiligung in der KOMBI Flex

10.1. Umfang der Kostenbeteiligung

Mit der KOMBI Flex kann die versicherte Person die Abteilung vor dem Spitaleintritt selbst wählen. Mit der Wahl der entsprechenden Abteilung ist gleichzeitig die Kostenbeteiligung bestimmt.

Bei Spitalbehandlung wird auf die Leistungen der KOMBI Flex je nach gewählter Abteilung folgende Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr erhoben:

Behandlung in:	Kostenbeteiligung für Leistungen aus der KOMBI Flex:
Allgemeine Abteilung:	keine
Allgemeine Abteilung Komfort Zweibettzimmer:	10% bis max. CHF 200.- pro Kalenderjahr
Allgemeine Abteilung Komfort Einbettzimmer:	10% bis max. CHF 200.- pro Kalenderjahr
Halbprivate Abteilung:	15% bis max. CHF 1'500.- pro Kalenderjahr
Private Abteilung:	25% bis max. CHF 4'500.- pro Kalenderjahr

Diese Kostenbeteiligung gilt auch bei Mutterschaft.

Die Kostenbeteiligung entfällt, wenn gemäss diesen Versicherungsbedingungen aus der KOMBI Pauschalvergütungen ausgerichtet werden. Davon ausgenommen sind die versicherten Leistungen der KOMBI im Ausland. Auf diese wird eine entsprechende Kostenbeteiligung erhoben.

Die Kostenbeteiligung kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung der BASIS wird zusätzlich erhoben.

10.2. Maximale Kostenbeteiligung für Familien

Sind zwei oder mehrere Personen, die im gleichen Haushalt leben, in der KOMBI Flex versichert, so können Kostenbeteiligungen, die den Betrag von CHF 4'500.- pro Kalenderjahr übersteigen, zurückgefordert werden.

ÖKK FAMILY

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2012

Inhaltsverzeichnis

- 1. Versicherungsgrundlagen**
 - 1.1. Versicherungsträger
 - 1.2. Gemeinsame Bestimmungen
 - 1.3. Zweck
 - 1.4. Leistungsvoraussetzung
 - 1.5. Örtlicher Geltungsbereich
 - 1.6. Versicherungsabschluss
- 2. Ambulante Behandlung**
 - 2.1. Ärztliche Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes
 - 2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland
 - 2.3. Nichtärztliche Psychotherapie
 - 2.3.1. Leistungsumfang
 - 2.3.2. Leistungsvoraussetzung
 - 2.4. Thermalbad
 - 2.5. Sterilisation
- 3. Stationäre Behandlung**
 - 3.1. Spitalbehandlung
 - 3.1.1. Leistungsvoraussetzung
 - 3.1.2. Leistungsumfang
 - 3.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung
 - 3.1.4. Behandlung in einem Nicht-Listenspital
 - 3.2. Stationäre Rehabilitation
 - 3.3. Psychiatrische Klinik
 - 3.4. Notfall im Ausland
 - 3.5. Kur
 - 3.5.1. Erholungskur
 - 3.5.2. Badekur
 - 3.5.3. Andere Kur
 - 3.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt
 - 3.6. Haushalthilfe
 - 3.6.1. Im Allgemeinen
 - 3.6.2. Leistungsumfang
 - 3.6.3. Leistungserbringer
 - 3.7. Kinderhütendienst
 - 3.7.1. Im Allgemeinen
 - 3.7.2. Leistungsvoraussetzung
 - 3.7.3. Leistungsumfang
 - 3.8. Rooming-In
- 4. Mutterschaft**
 - 4.1. Kosten der stationären Behandlung
 - 4.2. Zweibettzimmer oder Familienzimmer
 - 4.3. Geburt im Geburtshaus
 - 4.4. Haushalthilfe nach Geburt
 - 4.4.1. Im Allgemeinen
 - 4.4.2. Leistungsumfang bei Spitalgeburt
 - 4.4.3. Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt
 - 4.5. Geburtsvorbereitung
- 4.6. Stillgeld
- 5. Prävention**
 - 5.1. Check-Up-Untersuchung
 - 5.2. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
 - 5.3. Gesundheitskonto
 - 5.3.1. Leistungsumfang
 - 5.3.2. Leistungsvoraussetzung
 - 5.4. Impfung
- 6. Hilfsmittel**
 - 6.1. Sehhilfen
 - 6.2. Andere Hilfsmittel
- 7. Zahnärztliche Behandlung**
 - 7.1. Weisheitszähne
 - 7.2. Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche
 - 7.3. Leistung des Gemeinwesens
 - 7.4. Leistungserbringer und Tarif
 - 7.5. Behandlung im Ausland
- 8. Alternativmedizin**
- 9. Medikamente und Heilmittel**
 - 9.1. Nichtpflichtmedikamente
 - 9.2. Natürliche Heilmittel
- 10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten**
 - 10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
 - 10.1.1. Leistungsumfang
 - 10.1.2. Selbstbehalt
 - 10.1.3. Leistungen Dritter
 - 10.2. Suchaktionen
 - 10.3. Fahrtspesen
- 11. CASAMED-Variante**
 - 11.1. Im Allgemeinen
 - 11.2. Hausarztprinzip
 - 11.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip
 - 11.4. Spitäler
 - 11.5. Andere Fachpersonen
 - 11.6. Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel
 - 11.7. Weitere Leistungserbringer
 - 11.8. Notfall
 - 11.9. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante
 - 11.9.1. Leistungsausschluss
 - 11.9.2. Ausschluss CASAMED-Variante
 - 11.10. Leistungsabwicklung
 - 11.10.1. Pauschalabrechnung
 - 11.10.2. Veranlasste Leistung

Die in diesen AVB gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen.

1. Versicherungsgrundlagen

1.1. Versicherungsträger

Der Versicherungsträger ist ÖKK Versicherungen AG, Landquart (ÖKK).

1.2. Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen (GB) der ÖKK sind integrierter Bestandteil dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Bei Abweichungen gehen die AVB den GB vor.

1.3. Zweck

ÖKK FAMILY erbringt Leistungen an ambulante und stationäre Behandlungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft sowie Notfälle im Ausland.

ÖKK FAMILY erbringt Leistungen an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente, natürliche Heilmittel, Kuren, spitalexterne Haushalthilfe und zahlt ein Stillgeld aus.

ÖKK FAMILY erbringt Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (BASIS). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine Sozialversicherung (inkl. BASIS bei einem anderen Versicherer) abgedeckt ist.

ÖKK FAMILY leistet vorgängig zu allen anderen bei ÖKK abgeschlossenen Versicherungen nach VVG. Selbstbehalte werden bei jeder Versicherung in Abzug gebracht.

1.4. Leistungsvoraussetzung

ÖKK FAMILY leistet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür von ÖKK anerkannt sind.

ÖKK FAMILY leistet bei stationärer Behandlung, wenn die Behandlung in einem Spital gemäss Art. 39 Krankenversicherungsgesetz (KVG) erfolgt.

Als Spital mit anerkanntem Tarif gelten Spitäler, mit welchen ÖKK Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat oder Spitäler, die sich ohne Vereinbarung an diese Tarife halten.

1.5. Örtlicher Geltungsbereich

ÖKK FAMILY leistet in der Schweiz, wenn nicht anders bestimmt.

1.6. Versicherungsabschluss

ÖKK FAMILY kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr abgeschlossen werden.

2. Ambulante Behandlung

2.1. Ärztliche Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

ÖKK FAMILY übernimmt im Nachgang zu den Leistungen von BASIS 90% der Kosten von Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes des Versicherten erfolgen gemäss am Behandlungsort gültigen KVG-Tarif.

2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

ÖKK FAMILY leistet für ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt.

2.3. Nichtärztliche Psychotherapie

2.3.1. Leistungsumfang

ÖKK FAMILY leistet 50% der Kosten, bis CHF 1'000 pro Kalenderjahr für die Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbständigen Praxisführung sind.

2.3.2. Leistungsvoraussetzung

ÖKK FAMILY leistet nach Bewilligung des Kostengutsprache gesuches durch den Vertrauensarzt.

ÖKK FAMILY leistet nicht bei Psychotherapien, welche zum Zwecke der Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsentwicklung oder zu Lernzwecken erfolgen, ausserdem nicht bei Parallelbehandlung bei weiteren Psychologen oder Psychiatern.

2.4. Thermalbad

ÖKK FAMILY leistet 50% der Kosten von maximal zwölf Eintritten pro Kalenderjahr an den ärztlich verordneten Besuch eines Thermalbades.

2.5. Sterilisation

ÖKK FAMILY leistet 50%, bis CHF 1'000 für Sterilisation und Vasektomie von Erwachsenen.

3. Stationäre Behandlung

3.1. Spitalbehandlung

3.1.1. Leistungsvoraussetzung

ÖKK FAMILY leistet, wenn der Versicherte spitalbedürftig im Sinne von BASIS ist.

3.1.2. Leistungsumfang

ÖKK FAMILY übernimmt im Nachgang zu den Leistungen von BASIS die Kosten bei Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung.

3.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

Erfolgt die Behandlung in einer höheren als der allgemeinen Abteilung, sind höchstens die Kosten gedeckt, die in der allgemeinen Abteilung entstanden wären. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, leistet ÖKK FAMILY eine Pauschale von CHF 30.- pro Tag.

3.1.4. Behandlung in einem Nicht-Listenspital

Erfolgt die Behandlung in einem Spital, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, leistet ÖKK FAMILY bis CHF 30.- pro Tag.

3.2. Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einem von ÖKK anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung oder -klinik, leistet ÖKK FAMILY bis zu 60 Tage pro Kalenderjahr in der allgemeinen Abteilung.

3.3. Psychiatrische Klinik

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik leistet ÖKK FAMILY bis zu 90 Tage pro drei Kalenderjahren in der allgemeinen Abteilung.

3.4. Notfall im Ausland

ÖKK FAMILY leistet bei Notfall im Ausland für stationäre Behandlung in der allgemeinen Abteilung eines Spitals bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt, solange ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist.

ÖKK ist sofort, spätestens innert zehn Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprache gesuch einzureichen.

3.5. Kur

3.5.1. Erholungskur

ÖKK FAMILY leistet an eine ärztlich verordnete Erholungskur im Anschluss an einen Spitalaufenthalt CHF 50.– pro Tag, bis zu 21 Tage pro Kalenderjahr.

Es besteht freie Wahl unter den von ÖKK anerkannten ärztlich geleiteten Kuranstalten.

3.5.2. Badekur

ÖKK FAMILY leistet CHF 30.– pro Tag, bis zu 21 Tage pro Kalenderjahr.

Es besteht freie Wahl unter den von ÖKK anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern.

ÖKK kann eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Schlusskontrolle mit Schlussbericht an den einweisenden Arzt verlangen.

3.5.3. Andere Kur

ÖKK FAMILY kann auf Antrag des Vertrauensarztes bei spezieller medizinischer Indikation für ärztlich verordnete andere Kuren eine Pauschale bis zur Höhe des Badekurbeitrages leisten.

3.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt

Die ärztliche Verordnung mit Diagnose für einen Kuraufenthalt ist ÖKK zwei Wochen vor Kurantritt einzureichen.

Bei Unterbrechung einer Kur werden Teilkurkosten nur übernommen, wenn die Unterbrechung durch Krankheit oder andere zwingende Gründe bedingt war und dafür vom Kurarzt ein Zeugnis vorliegt.

3.6. Haushalthilfe

3.6.1. Im Allgemeinen

Kann bei Krankheit oder Unfall ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, leistet ÖKK FAMILY auf ärztliche Verordnung Beiträge an spitalexterne Haushalthilfe, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

3.6.2. Leistungsumfang

ÖKK FAMILY leistet an die Kosten einer anerkannten Haushalthilfe bis CHF 50.– pro Tag, höchstens CHF 1'000.– pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringer und ÖKK fehlt.

Ist der Versicherte für die Betreuung eines Kindes verantwortlich, leistet ÖKK FAMILY bis CHF 100.– pro Tag, höchstens CHF 2'000.– pro Kalenderjahr.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

3.6.3. Leistungserbringer

Als Haushalthilfe wird anerkannt, wer gewerbsmässig oder für eine von ÖKK vertraglich anerkannte Organisation den Haushalt des Versicherten besorgt.

Die Hilfe durch Angehörige des Versicherten wird anerkannt, wenn dem Angehörigen Erwerbsausfall entsteht.

3.7. Kinderhütendienst

3.7.1. Im Allgemeinen

ÖKK FAMILY leistet Beiträge an durchgeführte Betreuungs- und Pflegedienste für Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr. Voraussetzung ist eine vertragliche Regelung zwischen ÖKK und einer von ÖKK anerkannten Organisation für Kinderhütendienste.

3.7.2. Leistungsvoraussetzung

Die Leistung wird erbracht, wenn das Kind infolge akuter Krankheit oder Unfall Betreuung oder Pflege bedarf. Die Leistungserbringung ist beschränkt auf Fachpersonal der von ÖKK anerkannten Organisation.

Einen Leistungsanspruch haben Kinder, deren erziehungsberechtigte Person oder Personen während der Zeit der Betreuung einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

3.7.3. Leistungsumfang

ÖKK FAMILY leistet für den Betreuungs- und Pflegedienst bis CHF 30.– pro Stunde, höchstens CHF 600.– pro Kalenderjahr.

3.8. Rooming-In

Wird ein Kleinkind stationär behandelt, leistet ÖKK FAMILY aus der Versicherung des Kindes für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes bis CHF 100.– pro Tag.

Wird ein Elternteil stationär behandelt, leistet ÖKK FAMILY aus der Versicherung des Elternteils für den Aufenthalt eines Kleinkindes im Zimmer des Elternteils bis CHF 100.– pro Tag.

4. Mutterschaft

4.1. Kosten der stationären Behandlung

ÖKK FAMILY deckt die von BASIS nicht gedeckten Kosten einer Geburt im Spital, allgemeine Abteilung.

Besteht für das Neugeborene keine entsprechende eigene Versicherung, übernimmt ÖKK FAMILY der Mutter die ungedeckten Kosten des Kindes im Spital, allgemeine Abteilung.

4.2. Zweibettzimmer oder Familienzimmer

ÖKK FAMILY leistet bei Geburt bis CHF 200.– pro Tag der Mehrkosten eines Zweibett- oder Familienzimmers in einem von ÖKK anerkannten Listenspital.

Die ärztlichen Leistungen und Behandlungskosten sind zum Tarif der allgemeinen Abteilung versichert.

4.3. Geburt im Geburtshaus

ÖKK FAMILY leistet bis CHF 2'000.– pro Geburt bei Geburt in einem von ÖKK anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist.

4.4. Haushalthilfe nach Geburt

4.4.1. Im Allgemeinen

ÖKK FAMILY leistet Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushalthilfe durch von ÖKK anerkanntes Personal.

Die Beiträge werden anstelle der Leistungen gemäss Ziffer 3.6. geleistet.

Die Beiträge werden auch geleistet, wenn die Hilfe durch Angehörige des Versicherten erbracht wird und der Angehörige einen nachweisbaren Erwerbsausfall hat.

4.4.2. Leistungsumfang bei Spitalgeburt

ÖKK FAMILY leistet in Anschluss an eine Geburt im Spital bis CHF 100.– pro Tag, höchstens CHF 700.– pro Kalenderjahr.

4.4.3. Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt

ÖKK FAMILY leistet in Anschluss an eine Hausgeburt oder ambulante Geburt bis CHF 100.– pro Tag, höchstens CHF 1'200.– pro Kalenderjahr.

4.5. Geburtsvorbereitung

ÖKK FAMILY leistet bis CHF 200.– pro Schwangerschaft an die Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses (inkl. Rückbildungs- und Schwangerschaftsgymnastik), wenn der Kurs von einer qualifizierten Fachperson durchgeführt wird.

4.6. Stillgeld

ÖKK FAMILY leistet ein Stillgeld von CHF 250.–. Das Stillgeld wird ausbezahlt, wenn die Mutter ihr Kind zehn Wochen lang stillt.

5. Prävention

5.1. Check-Up-Untersuchung

ÖKK FAMILY leistet 90%, bis CHF 300.– pro Kalenderjahr für ärztliche Check-Up-Untersuchung.

5.2. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

ÖKK FAMILY leistet 90 % der Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung nach KVG zum KVG-Tarif pro Kalenderjahr, sofern im laufenden Kalenderjahr keine Leistung für eine entsprechende Vorsorgeuntersuchung aus BASIS erbracht wird.

5.3. Gesundheitskonto

5.3.1. Leistungsumfang

ÖKK FAMILY leistet an die Kosten für ausgewählte Präventivmassnahmen in den von ÖKK bezeichneten Bereichen Familie, Ernährung, Bewegung und sonstige Prävention je Bereich 50%, bis CHF 200.– pro Kalenderjahr.

Der von ÖKK FAMILY geleistete Beitrag an einzelne anerkannte Präventivmassnahmen kann begrenzt werden.

Werden in einem Jahr mehrere Präventivmassnahmen aus verschiedenen Bereichen in Anspruch genommen, leistet ÖKK FAMILY bis CHF 500.– pro Kalenderjahr.

5.3.2. Leistungsvoraussetzung

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen von ÖKK anerkannt sein.

5.4 Impfung

ÖKK FAMILY leistet 90%, bis CHF 200.– pro Kalenderjahr für medizinisch anerkannte Impfungen.

6. Hilfsmittel

6.1. Sehhilfen

ÖKK FAMILY leistet an die Kosten von zur Sehkorrektur benötigte Brillengläser und Kontaktlinsen bis CHF 200.– pro Kalenderjahr.

6.2. Andere Hilfsmittel

ÖKK FAMILY kann an ein notwendiges, dem Gesundheitszustand angepasstes Hilfsmittel, an das aus BASIS keine Leistung erbracht wird, auf ärztliche Verordnung 50% der Kosten, bis CHF 250.– pro Kalenderjahr leisten. Die Leistung wird erbracht für Hilfsmittel, die den Gebrauch eingeschränkter Körperfunktionen verbessern, wirtschaftlich sind und dem Stand der medizinischen Forschung entsprechen. ÖKK bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel.

Nicht versichert sind Kosten, die durch Betrieb, Unterhalt und Reparatur dieser Hilfsmittel anfallen.

7. Zahnärztliche Behandlung

7.1. Weisheitszähne

ÖKK FAMILY leistet 90 % der Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen. Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tarife der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen.

7.2. Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche

ÖKK FAMILY leistet zusätzlich für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre

- die Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen bis CHF 60.– pro Kalenderjahr,
- 70% der Kosten für kieferorthopädische Behandlung gemäss anerkanntem Tarif.

Die Leistung für kieferorthopädische Behandlung wird erbracht, wenn eine Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren (Karenzfrist) vorliegt.

ÖKK verzichtet auf eine Karenzfrist, wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht und mindestens ein Elternteil bei ÖKK versichert ist.

7.3. Leistung des Gemeinwesens

ÖKK FAMILY rechnet Leistungen der Kantone und Gemeinden an. ÖKK FAMILY leistet im Nachgang.

7.4. Leistungserbringer und Tarif

ÖKK FAMILY leistet auf Grundlage des für zahnärztliche Leistungen geltenden Tarifs gemäss KVG. Rechnet der Zahnarzt einen höheren Tarif ab, geht die Differenz zu Lasten des Versicherten.

Als Zahnarzt gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

7.5. Behandlung im Ausland

ÖKK FAMILY leistet auch, wenn die Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erfolgt. Als Nachbarländer gelten Länder, die mit der Schweiz eine gemeinsame Grenze haben.

8. Alternativmedizin

ÖKK FAMILY leistet bei alternativmedizinischer Behandlung.

ÖKK FAMILY leistet 70% der Kosten, bis CHF 10'000 pro Kalenderjahr, wenn die Therapiemethode (z. B. Ayurveda, traditionelle chinesische Medizin, naturheilkundliche Praktiken) und der Therapeut oder der Arzt von ÖKK anerkannt sind.

ÖKK bezeichnet die anerkannten Therapiemethoden und Therapeuten und Ärzte. ÖKK führt eine Liste der anerkannten Therapiemethoden.

ÖKK FAMILY leistet 50% der Kosten, bis CHF 1'000 pro Kalenderjahr an weitere, durch qualifizierte Personen vorgenommene alternativmedizinische Behandlungen.

ÖKK FAMILY leistet nicht für Therapiemethoden und Behandlungen von Therapeuten, die auf der Negativliste von ÖKK stehen.

Wird die alternativmedizinische Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erbracht, ist sie zu gleichen Bedingungen versichert. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten.

Keine Leistungen werden für Parallelbehandlungen erbracht, von denen kein Nutzen zu erwarten ist.

9. Medikamente und Heilmittel

9.1. Nichtpflichtmedikamente

ÖKK FAMILY leistet 90% der Kosten von ärztlich verordneten Medikamenten, die nicht in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT), der Spezialitätenliste (SL) gemäss KVG oder der Negativliste von ÖKK stehen.

9.2. Natürliche Heilmittel

ÖKK FAMILY leistet 90% der Kosten von phytotherapeutischen, homöopathischen und anthroposophischen Heilmitteln sowie von Oligosolen, soweit diese nicht aus BASIS gedeckt sind und nicht in der Negativliste von ÖKK stehen.

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten

10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

10.1.1. Leistungsumfang

ÖKK FAMILY leistet an die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
- des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton des Versicherten zur stationären Behandlung,
- für Rettungs- und Bergungsaktionen

insgesamt bis CHF 50'000.- pro Kalenderjahr.

Transporte in Luftfahrzeugen werden übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

10.1.2. Selbstbehalt

Der Versicherte hat CHF 100.- pro Fall selbst zu tragen.

10.1.3. Leistungen Dritter

Keine Versicherungsdeckung besteht für Transportkosten, die durch eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugschwadron oder ähnlichen Organisation abgedeckt sind.

10.2. Suchaktionen

ÖKK FAMILY leistet zusätzlich zu den Kosten der Rettung oder Bergung bei Suchaktionen bis CHF 20'000.- pro Kalenderjahr.

10.3. Fahrtspesen

Bei regelmässiger ärztlicher Behandlung ausserhalb eines Umkreises von 30 Kilometern vom Wohnort, erstattet ÖKK FAMILY 90%, bis CHF 100 pro Kalenderjahr der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel.

ÖKK FAMILY leistet zusätzlich 90%, bis CHF 300 pro Kalenderjahr an Versicherte in Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapie.

11. CASAMED-Variante

11.1. Im Allgemeinen

Für Personen, die bei ÖKK in BASIS in der Variante CASAMED versichert sind, gelten die folgenden zusätzlichen Bedingungen.

11.2. Hausarztprinzip

ÖKK FAMILY leistet nach dem Hausarztprinzip. Leistungen müssen vom CASAMED-Hausarzt, bei dem der Versicherte eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können von ÖKK als CASAMED-Hausärzte anerkannt werden.

11.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip

ÖKK FAMILY leistet Beiträge an die Kosten von Routinebehandlungen von Augen-, Frauen- und Kinderärzten ohne Konsultation des CASAMED-Hausarztes. Verordnen oder führen diese Ärzte weitergehende Behandlungen oder Operationen durch, ist der CASAMED-Hausarzt zu konsultieren.

ÖKK FAMILY leistet Beiträge an die Kosten von alternativmedizinischer Behandlung, Präventivmassnahmen im Rahmen des Gesundheitskontos, Geburtsvorbereitung, Stillgeld, Transport, Suche, Rettung und Bergung, zahnärztlicher Kontrolluntersuchung ohne Konsultation des CASAMED-Hausarztes.

11.4. Spitäler

ÖKK kann Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Betreuung der CASAMED-Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.5. Andere Fachpersonen

ÖKK kann anstelle des CASAMED-Hausarztes andere Fachpersonen bezeichnen, welche Leistungen erbringen, verordnen oder veranlassen.

11.6. Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel

ÖKK kann die CASAMED-Hausärzte oder die bezeichneten Fachpersonen ermächtigen, andere als die bestimmten Präventivmassnahmen, alternativmedizinischen Behandlungen, Nichtpflichtmedikamente oder natürlichen Heilmittel zu erbringen, zu verordnen oder zu veranlassen.

11.7. Weitere Leistungserbringer

ÖKK kann weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Therapeuten, Sanitätsfachgeschäfte oder ähnliche Leistungserbringer bezeichnen, denen die medizinische Betreuung oder Versorgung der CASAMED-Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.8. Notfall

ÖKK FAMILY deckt Notfälle ungeachtet vom Hausarztprinzip. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

11.9. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante

11.9.1. Leistungsausschluss

Begibt sich der Versicherte ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in seinem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu seinen Lasten.

11.9.2. Ausschluss CASAMED-Variante

ÖKK kann den Versicherten bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten aus der CASAMED-Variante in die ordentliche Versicherungsvariante umteilen.

11.10. Leistungsabwicklung

11.10.1. Pauschalabrechnung

ÖKK kann mit dem CASAMED-Hausarzt vereinbaren, dass Leistungen pauschalisiert abgegolten werden.

11.10.2. Veranlasste Leistung

ÖKK kann bei veranlasster Leistung vor der Leistungsvergütung vom Versicherten oder vom CASAMED-Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

ÖKK FAMILY FLEX

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2012

Inhaltsverzeichnis

- 1. Versicherungsgrundlagen**
 - 1.1. Versicherungsträger
 - 1.2. Gemeinsame Bestimmungen
 - 1.3. Zweck
 - 1.4. Leistungsvoraussetzung
 - 1.5. Örtlicher Geltungsbereich
 - 1.6. Versicherungsabschluss
- 2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland**
 - 2.3. Nichtärztliche Psychotherapie
 - 2.3.1. Leistungsumfang
 - 2.3.2. Leistungsvoraussetzung
 - 2.4. Thermalbad
 - 2.5. Sterilisation
- 3. Stationäre Behandlung**
 - 3.1. Spitalbehandlung
 - 3.1.1. Leistungsvoraussetzung
 - 3.1.2. Leistungsumfang
 - 3.1.3. Versicherte Abteilung und Kostenbeteiligung
 - 3.2. Stationäre Rehabilitation
 - 3.3. Psychiatrische Klinik
 - 3.4. Notfall im Ausland
 - 3.5. Kur
 - 3.5.1. Erholungskur
 - 3.5.2. Badekur
 - 3.5.3. Andere Kur
 - 3.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt
 - 3.6. Haushalthilfe
 - 3.6.1. Im Allgemeinen
 - 3.6.2. Leistungsumfang
 - 3.6.3. Leistungserbringer
 - 3.7. Kinderhütedienst
 - 3.7.1. Im Allgemeinen
 - 3.7.2. Leistungsvoraussetzung
 - 3.7.3. Leistungsumfang
 - 3.8. Rooming-In
- 4. Mutterschaft**
 - 4.1. Kosten der stationären Behandlung
 - 4.2. Geburt im Geburtshaus
 - 4.3. Haushalthilfe nach Geburt
 - 4.3.1. Im Allgemeinen
 - 4.3.2. Leistungsumfang bei Spitalgeburt
 - 4.3.3. Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt
 - 4.4. Geburtsvorbereitung
 - 4.5. Stillgeld
- 5. Prävention**
 - 5.1. Check-Up-Untersuchung
 - 5.2. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
 - 5.3. Gesundheitskonto
 - 5.3.1. Leistungsumfang
 - 5.3.2. Leistungsvoraussetzung
 - 5.4. Impfung
- 6. Hilfsmittel**
 - 6.1. Sehhilfen
 - 6.2. Andere Hilfsmittel
- 7. Zahnärztliche Behandlung**
 - 7.1. Weisheitszähne
 - 7.2. Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche
 - 7.3. Leistung des Gemeinwesens
 - 7.4. Leistungserbringer und Tarif
 - 7.5. Behandlung im Ausland
- 8. Alternativmedizin**
- 9. Medikamente und Heilmittel**
 - 9.1. Nichtpflichtmedikamente
 - 9.2. Natürliche Heilmittel
- 10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten**
 - 10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
 - 10.1.1. Leistungsumfang
 - 10.1.2. Selbstbehalt
 - 10.1.3. Leistungen Dritter
 - 10.2. Suchaktionen
 - 10.3. Fahrtspesen
- 11. CASAMED-Variante**
 - 11.1. Im Allgemeinen
 - 11.2. Hausarztprinzip
 - 11.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip
 - 11.4. Spitäler
 - 11.5. Andere Fachpersonen
 - 11.6. Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel
 - 11.7. Weitere Leistungserbringer
 - 11.8. Notfall
 - 11.9. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante
 - 11.9.1. Leistungsausschluss
 - 11.9.2. Ausschluss CASAMED-Variante
 - 11.10. Leistungsabwicklung
 - 11.10.1. Pauschalabrechnung
 - 11.10.2. Veranlasste Leistung

Die in diesen AVB gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen.

1. Versicherungsgrundlagen

1.1. Versicherungsträger

Der Versicherungsträger ist ÖKK Versicherungen AG, Landquart (ÖKK).

1.2. Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen (GB) der ÖKK sind integrierter Bestandteil dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Bei Abweichungen gehen die AVB den GB vor.

1.3. Zweck

ÖKK FAMILY FLEX erbringt Leistungen an ambulante und stationäre Behandlungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft sowie Notfälle im Ausland.

ÖKK FAMILY FLEX erbringt Leistungen an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente, natürliche Heilmittel, Kuren, spitalexterne Haushalthilfe und zahlt ein Stillgeld aus.

ÖKK FAMILY FLEX erbringt Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (BASIS). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine Sozialversicherung (inkl. BASIS bei einem anderen Versicherer) abgedeckt ist.

ÖKK FAMILY FLEX leistet vorgängig zu allen anderen bei ÖKK abgeschlossenen Versicherungen nach VVG. Selbstbehalte werden bei jeder Versicherung in Abzug gebracht.

1.4. Leistungsvoraussetzung

ÖKK FAMILY FLEX leistet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür von ÖKK anerkannt sind.

ÖKK FAMILY FLEX leistet bei stationärer Behandlung, wenn die Behandlung in einem Spital gemäss Art. 39 Krankenversicherungsgesetz (KVG) erfolgt.

Als Spital mit anerkanntem Tarif gelten Spitäler, mit welchen ÖKK Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat oder Spitäler, die sich ohne Vereinbarung an diese Tarife halten.

1.5. Örtlicher Geltungsbereich

ÖKK FAMILY FLEX leistet in der Schweiz, wenn nicht anders bestimmt.

1.6. Versicherungsabschluss

ÖKK FAMILY FLEX kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr abgeschlossen werden.

2. Ambulante Behandlung

2.1. Ärztliche Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

ÖKK FAMILY FLEX übernimmt im Nachgang zu den Leistungen von BASIS 90 % der Kosten von Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes des Versicherten erfolgen gemäss am Behandlungsort gültigen KVG-Tarif.

2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

ÖKK FAMILY FLEX leistet für ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt.

2.3. Nichtärztliche Psychotherapie

2.3.1. Leistungsumfang

ÖKK FAMILY FLEX leistet 50% der Kosten, bis CHF 1'000 pro Kalenderjahr für die Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbständigen Praxisführung sind.

2.3.2. Leistungsvoraussetzung

ÖKK FAMILY FLEX leistet nach Bewilligung des Kostengutsprache-suches durch den Vertrauensarzt.

ÖKK FAMILY FLEX leistet nicht bei Psychotherapien, welche zum Zwecke der Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsentwicklung oder zu Lernzwecken erfolgen, ausserdem nicht bei Parallelbehandlung bei weiteren Psychologen oder Psychiatern.

2.4. Thermalbad

ÖKK FAMILY FLEX leistet 50% der Kosten von maximal zwölf Eintritten pro Kalenderjahr an den ärztlich verordneten Besuch eines Thermalbades.

2.5. Sterilisation

ÖKK FAMILY FLEX leistet 50 %, bis CHF 1'000 für Sterilisation und Vasektomie von Erwachsenen.

3. Stationäre Behandlung

3.1. Spitalbehandlung

3.1.1. Leistungsvoraussetzung

ÖKK FAMILY FLEX leistet, wenn der Versicherte spitalbedürftig im Sinne von BASIS ist.

3.1.2. Leistungsumfang

ÖKK FAMILY FLEX übernimmt im Nachgang zu den Leistungen von BASIS die Kosten bei Spitalaufenthalt. Die Kostenbeteiligung der BASIS wird erhoben.

Der Versicherte wählt vor Spitaleintritt die Abteilung mit entsprechender Kostenbeteiligung.

3.1.3. Versicherte Abteilung und Kostenbeteiligung

Der Versicherte kann unter folgenden Abteilungen wählen:

Abteilung	Kostenbeteiligung
Allgemeine Abteilung:	keine
Allgemeine Abteilung Komfort Zweibettzimmer:	10%, max. CHF 200 pro Kalenderjahr
Allgemeine Abteilung Komfort Einbettzimmer:	10%, max. CHF 200 pro Kalenderjahr
Allgemeine Abteilung Komfort Familienzimmer (nur bei Geburt):	10%, max. CHF 200 pro Kalenderjahr
Halbprivate Abteilung:	15%, max. CHF 1'500 pro Kalenderjahr
Halbprivate Abteilung Familienzimmer (nur bei Geburt):	15 %, max. CHF 1'500 pro Kalenderjahr.

Bei Geburt in einem von ÖKK anerkannten Listenspital entfällt die Kostenbeteiligung im Komfort Zimmer der allgemeinen Abteilung (Einbett-, Zweibett-, Familienzimmer).

Die Kostenbeteiligung ist für Familien, deren Familienmitglieder im gleichen Haushalt leben, auf CHF 3'000 pro Kalenderjahr begrenzt. Die Kostenbeteiligung kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

ÖKK FAMILY FLEX leistet bei Geburt bis CHF 200 pro Tag der Mehrkosten im Komfort Zimmer der allgemeinen Abteilung (Einbett-, Zweibett-, Familienzimmer) oder im Familienzimmer der halbprivaten Abteilung.

3.2. Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einem von ÖKK anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung oder -klinik, leistet ÖKK FAMILY FLEX bis zu 60 Tage pro Kalenderjahr in der versicherten Abteilung gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziff. 3.1.3.

3.3. Psychiatrische Klinik

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik leistet ÖKK FAMILY FLEX bis zu 90 Tage pro drei Kalenderjahren in der versicherten Abteilung gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziff. 3.1.3.

3.4. Notfall im Ausland

ÖKK FAMILY FLEX leistet bei Notfall im Ausland für stationäre Behandlung in der versicherten Abteilung eines Spitals bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziff. 3.1.3., solange ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist. ÖKK ist sofort, spätestens innert zehn Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprachege such einzureichen.

3.5. Kur

3.5.1. Erholungskur

ÖKK FAMILY FLEX leistet an eine ärztlich verordnete Erholungskur im Anschluss an einen Spitalaufenthalt CHF 50 pro Tag, bis zu 21 Tage pro Kalenderjahr.

Es besteht freie Wahl unter den von ÖKK anerkannten ärztlich geleiteten Kuranstalten.

3.5.2. Badekur

ÖKK FAMILY FLEX leistet CHF 30 pro Tag, bis zu 21 Tage pro Kalenderjahr.

Es besteht freie Wahl unter den von ÖKK anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern.

ÖKK kann eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Schlusskontrolle mit Schlussbericht an den einweisenden Arzt verlangen.

3.5.3. Andere Kur

ÖKK FAMILY FLEX kann auf Antrag des Vertrauensarztes bei spezieller medizinischer Indikation für ärztlich verordnete andere Kuren eine Pauschale bis zur Höhe des Badekurbeitrages leisten.

3.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt

Die ärztliche Verordnung mit Diagnose für einen Kuraufenthalt ist ÖKK zwei Wochen vor Kurantritt einzureichen.

Bei Unterbrechung einer Kur werden Teilkurkosten nur übernommen, wenn die Unterbrechung durch Krankheit oder andere zwingende Gründe bedingt war und dafür vom Kurarzt ein Zeugnis vorliegt.

3.6. Haushalthilfe

3.6.1. Im Allgemeinen

Kann bei Krankheit oder Unfall ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, leistet ÖKK FAMILY FLEX auf ärztliche Verordnung Beiträge an spitalexterne Haushalthilfe, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

3.6.2. Leistungsumfang

ÖKK FAMILY FLEX leistet an die Kosten einer anerkannten Haushalthilfe bis CHF 50 pro Tag, höchstens CHF 1'000 pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringer und ÖKK fehlt.

Ist der Versicherte für die Betreuung eines Kindes verantwortlich, leistet ÖKK FAMILY FLEX bis CHF 100 pro Tag, höchstens CHF 2'000 pro Kalenderjahr.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

3.6.3. Leistungserbringer

Als Haushalthilfe wird anerkannt, wer gewerbsmässig oder für eine von ÖKK vertraglich anerkannte Organisation den Haushalt des Versicherten besorgt.

Die Hilfe durch Angehörige des Versicherten wird anerkannt, wenn dem Angehörigen Erwerbsausfall entsteht.

3.7. Kinderhütedienst

3.7.1. Im Allgemeinen

ÖKK FAMILY FLEX leistet Beiträge an durchgeführte Betreuungs- und Pflegedienste für Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr.

Voraussetzung ist eine vertragliche Regelung zwischen ÖKK und einer von ÖKK anerkannten Organisation für Kinderhütedienste.

3.7.2. Leistungsvoraussetzung

Die Leistung wird erbracht, wenn das Kind infolge akuter Krankheit oder Unfall Betreuung oder Pflege bedarf. Die Leistungserbringung ist beschränkt auf Fachpersonal der von ÖKK anerkannten Organisation.

Einen Leistungsanspruch haben Kinder, deren erziehungsberechtigte Person oder Personen während der Zeit der Betreuung einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

3.7.3. Leistungsumfang

ÖKK FAMILY FLEX leistet für den Betreuungs- und Pflegedienst bis CHF 30 pro Stunde, höchstens CHF 600 pro Kalenderjahr.

3.8. Rooming-In

Wird ein Kind bis zwölf Jahre stationär behandelt, leistet ÖKK FAMILY FLEX aus der Versicherung des Kindes die Kosten für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes.

Wird ein Elternteil stationär behandelt, leistet ÖKK FAMILY FLEX aus der Versicherung des Elternteils die Kosten für den Aufenthalt eines Kindes bis zwölf Jahre im Zimmer des Elternteils.

4. Mutterschaft

4.1. Kosten der stationären Behandlung

Besteht für das Neugeborene keine entsprechende eigene Versicherung, leistet ÖKK FAMILY FLEX der Mutter die ungedeckten Kosten des Kindes im Spital in der versicherten Abteilung gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziff. 3.1.3.

4.2. Geburt im Geburtshaus

ÖKK FAMILY FLEX leistet bis CHF 2'000 pro Geburt bei Geburt in einem von ÖKK anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist.

4.3. Haushalthilfe nach Geburt

4.3.1. Im Allgemeinen

ÖKK FAMILY FLEX leistet Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushalthilfe durch von ÖKK anerkanntes Personal.

Die Beiträge werden anstelle der Leistungen gemäss Ziffer 3.6. geleistet.

Die Beiträge werden auch geleistet, wenn die Hilfe durch Angehörige des Versicherten erbracht wird und der Angehörige einen nachweisbaren Erwerbsausfall hat.

4.3.2. Leistungsumfang bei Spitalgeburt

ÖKK FAMILY FLEX leistet in Anschluss an eine Geburt im Spital bis CHF 100 pro Tag, höchstens CHF 700 pro Kalenderjahr.

4.3.3. Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt

ÖKK FAMILY FLEX leistet in Anschluss an eine Hausgeburt oder ambulante Geburt bis CHF 100 pro Tag, höchstens CHF 1'200 pro Kalenderjahr.

4.4. Geburtsvorbereitung

ÖKK FAMILY FLEX leistet bis CHF 200 pro Schwangerschaft an die Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses (inkl. Rückbildungs- und Schwangerschaftsgymnastik), wenn der Kurs von einer qualifizierten Fachperson durchgeführt wird.

4.5. Stillgeld

ÖKK FAMILY FLEX leistet ein Stillgeld von CHF 250. Das Stillgeld wird ausbezahlt, wenn die Mutter ihr Kind zehn Wochen lang stillt.

5. Prävention

5.1. Check-Up-Untersuchung

ÖKK FAMILY FLEX leistet 90%, bis CHF 300 pro Kalenderjahr für ärztliche Check-Up-Untersuchung.

5.2. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

ÖKK FAMILY FLEX leistet 90% der Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung nach KVG zum KVG-Tarif pro Kalenderjahr, sofern im laufenden Kalenderjahr keine Leistung für eine entsprechende Vorsorgeuntersuchung aus BASIS erbracht wird.

5.3. Gesundheitskonto

5.3.1. Leistungsumfang

ÖKK FAMILY FLEX leistet an die Kosten für ausgewählte Präventiv-

massnahmen in den von ÖKK bezeichneten Bereichen Familie, Ernährung, Bewegung und sonstige Prävention je Bereich 50%, bis CHF 200.- pro Kalenderjahr.

Der von ÖKK FAMILY FLEX geleistete Beitrag an einzelne anerkannte Präventivmassnahmen kann begrenzt werden.

Werden in einem Jahr mehrere Präventivmassnahmen aus verschiedenen Bereichen in Anspruch genommen, leistet ÖKK FAMILY FLEX bis CHF 500 pro Kalenderjahr.

5.3.2. Leistungsvoraussetzung

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen von ÖKK anerkannt sein.

5.4 Impfung

ÖKK FAMILY FLEX leistet 90%, bis CHF 200 pro Kalenderjahr für medizinisch anerkannte Impfungen.

6. Hilfsmittel

6.1. Sehhilfen

ÖKK FAMILY FLEX leistet an die Kosten von zur Sehkorrektur benötigte Brillengläser und Kontaktlinsen bis CHF 200 pro Kalenderjahr.

6.2. Andere Hilfsmittel

ÖKK FAMILY FLEX kann an ein notwendiges, dem Gesundheitszustand angepasstes Hilfsmittel, an das aus BASIS keine Leistung erbracht wird, auf ärztliche Verordnung 50% der Kosten, bis CHF 250 pro Kalenderjahr leisten. Die Leistung wird erbracht für Hilfsmittel, die den Gebrauch eingeschränkter Körperfunktionen verbessern, wirtschaftlich sind und dem Stand der medizinischen Forschung entsprechen. ÖKK bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel.

Nicht versichert sind Kosten, die durch Betrieb, Unterhalt und Reparatur dieser Hilfsmittel anfallen.

7. Zahnärztliche Behandlung

7.1. Weisheitszähne

ÖKK FAMILY FLEX leistet 90% der Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen.

Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tarife der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen.

7.2. Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche

ÖKK FAMILY FLEX leistet zusätzlich für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre

- die Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen bis CHF 60 pro Kalenderjahr,
- 70% der Kosten für kieferorthopädische Behandlung gemäss anerkanntem Tarif.

Die Leistung für kieferorthopädische Behandlung wird erbracht, wenn eine Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren (Karenzfrist) vorliegt.

ÖKK verzichtet auf eine Karenzfrist, wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht und mindestens ein Elternteil bei ÖKK versichert ist.

7.3. Leistung des Gemeinwesens

ÖKK FAMILY FLEX rechnet Leistungen der Kantone und Gemeinden an.

ÖKK FAMILY FLEX leistet im Nachgang.

7.4. Leistungserbringer und Tarif

ÖKK FAMILY FLEX leistet auf Grundlage des für zahnärztliche Leistungen geltenden Tarifs gemäss KVG. Rechnet der Zahnarzt einen höheren Tarif ab, geht die Differenz zu Lasten des Versicherten.

Als Zahnarzt gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

7.5. Behandlung im Ausland

ÖKK FAMILY FLEX leistet auch, wenn die Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erfolgt. Als Nachbarländer gelten Länder, die mit der Schweiz eine gemeinsame Grenze haben.

8. Alternativmedizin

ÖKK FAMILY FLEX leistet bei alternativmedizinischer Behandlung.

ÖKK FAMILY FLEX leistet 70% der Kosten, bis CHF 10'000 pro Kalenderjahr, wenn die Therapiemethode (z. B. Ayurveda, traditionelle chinesische Medizin, naturheilkundliche Praktiken) und der Therapeut oder der Arzt von ÖKK anerkannt sind.

ÖKK bezeichnet die anerkannten Therapiemethoden und Therapeuten und Ärzte. ÖKK führt eine Liste der anerkannten Therapiemethoden.

ÖKK FAMILY FLEX leistet 50% der Kosten, bis CHF 1'000 pro Kalenderjahr an weitere, durch qualifizierte Personen vorgenommene alternativmedizinische Behandlungen.

ÖKK FAMILY FLEX leistet nicht für Therapiemethoden und Behandlungen von Therapeuten, die auf der Negativliste von ÖKK stehen. Wird die alternativmedizinische Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erbracht, ist sie zu gleichen Bedingungen versichert. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten. Keine Leistungen werden für Parallelbehandlungen erbracht, von denen kein Nutzen zu erwarten ist.

9. Medikamente und Heilmittel

9.1. Nichtpflichtmedikamente

ÖKK FAMILY FLEX leistet 90% der Kosten von ärztlich verordneten Medikamenten, die nicht in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT), der Spezialitätenliste (SL) gemäss KVG oder der Negativliste von ÖKK stehen.

9.2. Natürliche Heilmittel

ÖKK FAMILY FLEX leistet 90% der Kosten von phytotherapeutischen, homöopathischen und anthroposophischen Heilmitteln sowie von Oligosolen, soweit diese nicht aus BASIS gedeckt sind und nicht in der Negativliste von ÖKK stehen.

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten

10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

10.1.1. Leistungsumfang

ÖKK FAMILY FLEX leistet an die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
- des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton des Versicherten zur stationären Behandlung,
- für Rettungs- und Bergungsaktionen insgesamt bis CHF 50'000 pro Kalenderjahr.

Transporte in Luftfahrzeugen werden übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

10.1.2. Selbstbehalt

Der Versicherte hat CHF 100 pro Fall selbst zu tragen.

10.1.3. Leistungen Dritter

Keine Versicherungsdeckung besteht für Transportkosten, die durch eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisation abgedeckt sind.

10.2. Suchaktionen

ÖKK FAMILY FLEX leistet zusätzlich zu den Kosten der Rettung oder Bergung bei Suchaktionen bis CHF 20'000 pro Kalenderjahr.

10.3. Fahrtspesen

Bei regelmässiger ärztlicher Behandlung ausserhalb eines Umkreises von 30 Kilometern vom Wohnort, erstattet ÖKK FAMILY FLEX 90%, bis CHF 100 pro Kalenderjahr der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel.

ÖKK FAMILY FLEX leistet zusätzlich 90%, bis CHF 300 pro Kalenderjahr an Versicherte in Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapie.

11. CASAMED-Variante

11.1. Im Allgemeinen

Für Personen, die bei ÖKK in BASIS in der Variante CASAMED versichert sind, gelten die folgenden zusätzlichen Bedingungen.

11.2. Hausarztprinzip

ÖKK FAMILY FLEX leistet nach dem Hausarztprinzip. Leistungen müssen vom CASAMED-Hausarzt, bei dem der Versicherte eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden. Telemedizinische Institutionen können von ÖKK als CASAMED-Hausärzte anerkannt werden.

11.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip

ÖKK FAMILY FLEX leistet Beiträge an die Kosten von Routinebehandlungen von Augen-, Frauen- und Kinderärzten ohne Konsultation des CASAMED-Hausarztes.

Verordnen oder führen diese Ärzte weitergehende Behandlungen oder Operationen durch, ist der CASAMED-Hausarzt zu konsultieren. ÖKK FAMILY FLEX leistet Beiträge an die Kosten von alternativ-

medizinischer Behandlung, Präventivmassnahmen im Rahmen des Gesundheitskontos, Geburtsvorbereitung, Stillgeld, Transport, Suche, Rettung und Bergung, zahnärztlicher Kontrolluntersuchung ohne Konsultation des CASAMED-Hausarztes.

11.4. Spitäler

ÖKK kann Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Betreuung der CASAMED-Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.5. Andere Fachpersonen

ÖKK kann anstelle des CASAMED-Hausarztes andere Fachpersonen bezeichnen, welche Leistungen erbringen, verordnen oder veranlassen.

11.6. Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel

ÖKK kann CASAMED-Hausärzte oder die bezeichneten Fachpersonen ermächtigen, andere als die bestimmten Präventivmassnahmen, alternativmedizinischen Behandlungen, Nichtpflichtmedikamente oder natürlichen Heilmittel zu erbringen, zu verordnen oder zu veranlassen.

11.7. Weitere Leistungserbringer

ÖKK kann weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Therapeuten, Sanitätsfachgeschäfte oder ähnliche Leistungserbringer bezeichnen, denen die medizinische Betreuung oder Versorgung der CASAMED-Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.8. Notfall

ÖKK FAMILY FLEX deckt Notfälle ungeachtet vom Hausarztprinzip. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

11.9. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante

11.9.1. Leistungsausschluss

Begibt sich der Versicherte ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in seinem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu seinen Lasten.

11.9.2. Ausschluss CASAMED-Variante

ÖKK kann den Versicherten bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten aus der CASAMED-Variante in die ordentliche Versicherungsvariante umteilen.

11.10. Leistungsabwicklung

11.10.1. Pauschalabrechnung

ÖKK kann mit dem CASAMED-Hausarzt vereinbaren, dass Leistungen pauschalisiert abgegolten werden.

11.10.2. Veranlasste Leistung

ÖKK kann bei veranlasster Leistung vor der Leistungsvergütung vom Versicherten oder vom CASAMED-Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

ÖKK SALTO

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2012

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung

- 1.1. Zweck
- 1.2. Gemeinsame Bestimmungen
- 1.3. Versicherte Personen
- 1.4. Automatischer Übertritt in ALLGEMEINER ZUSATZ oder ÖKK OPTIMA, KOMBI Allgemein und ÖKK TOURIST
- 1.5. Vorzeitiger Übertritt in ALLGEMEINER ZUSATZ oder ÖKK OPTIMA, KOMBI Allgemein und ÖKK TOURIST
- 1.6. Leistungsvoraussetzung
 - 1.6.1. Allgemeines
 - 1.6.2. Akutspital
 - 1.6.3. Behandlung in anderen Spitälern
 - 1.6.4. Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung
- 1.7. Stationäre Leistungsstufe und Spitaltarife
 - 1.7.1. Leistungsstufe ÖKK SALTO
 - 1.7.2. Spitäler mit anerkanntem Tarif
 - 1.7.3. Fehlende Kriterien, Maximaltarife
 - 1.7.4. Einteilung der Spitäler

2. Ambulante Behandlung

- 2.1. Ärztliche Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes
- 2.2. Notfallbehandlung im Ausland
- 2.3. Leistungsdauer

3. Stationäre Behandlung

- 3.1. Akutbehandlung
 - 3.1.1. Leistungsvoraussetzung
 - 3.1.2. Leistungsumfang
 - 3.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung
 - 3.1.4. Behandlung in einem Nicht-Listenspital
- 3.2. Stationäre Rehabilitation
- 3.3. Psychiatrische Kliniken
- 3.4. Leistungen im Ausland bei Notfällen

4. Mutterschaft

- 4.1. Kosten der stationären Behandlung
- 4.2. Geburt in Geburtshaus

5. Zusatz-Dienstleistungen im Ausland

- 5.1. Maximaldeckung
- 5.2. Besuchsreise und Extra-Rückreise
- 5.3. Kostenvorschuss an ein Spital
- 5.4. Benachrichtigung von Personen zu Hause
- 5.5. Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland
- 5.6. Medizinische Beratung durch Ärzte

- 5.7. Leistungsausschlüsse
- 5.8. Pflichten im Schadenfall
 - 5.8.1. Benachrichtigung der ÖKK Notruf-Zentrale
 - 5.8.2. Entbindung von der Schweigepflicht
 - 5.8.3. Geltendmachung des Anspruchs
 - 5.8.4. Anrechnung von Bahn- oder Flugbillets

6. Unfall-Zusatz

7. Prävention

- 7.1. Impfungen
- 7.2. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- 7.3. Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten
- 7.4. Weitere Präventivmassnahmen

8. Hilfsmittel

- 8.1. Sehhilfen
- 8.2. Übrige Hilfsmittel

9. Zahnärztliche Behandlung / Weisheitszähne

- 9.1. Allgemeines
- 9.2. Leistungserbringer und Tarif
- 9.3. Behandlung im Ausland

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

- 10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
 - 10.1.1. Leistungsumfang
 - 10.1.2. Selbstbehalt
 - 10.1.3. Leistungen Dritter
- 10.2. Suchaktionen

11. CASAMED-Variante

- 11.1. Allgemeines
- 11.2. Allgemeine Leistungsvoraussetzung
- 11.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip
- 11.4. Spitalwahl
- 11.5. Andere Fachpersonen
- 11.6. Weitere Leistungserbringer
- 11.7. Notfälle
- 11.8. Leistungsausschluss
- 11.9. Leistungsabwicklung
 - 11.9.1. Pauschalabrechnung
 - 11.9.2. Veranlasste Leistungen

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Zweck

ÖKK SALTO erbringt Leistungen an ambulanten und stationären Behandlungen sowie Notfällen im Ausland.

ÖKK SALTO erbringt Leistungen an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Impfungen, Hilfsmittel, Weisheitszahn-Extraktionen, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen und an Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten.

ÖKK SALTO bezweckt zudem die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen im Akutspital bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft.

Ausserdem erbringt ÖKK SALTO Leistungen an die ungedeckten Kosten notfallmässiger Behandlungen im Ausland bei Krankheit, Unfall, frühzeitiger Geburt sowie Service-Dienstleistungen während einer Ferien- oder Geschäftsreise bzw. eines auswärtigen Aufenthalts.

Die Leistungen von ÖKK SALTO werden im Nachgang zu allen anderen bei ÖKK abgeschlossenen Versicherungsabteilungen nach VVG erbracht.

ÖKK SALTO erbringt Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (BASIS). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine Sozialversicherung (inkl. BASIS bei einem anderen Versicherer) abgedeckt ist.

1.2. Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der ÖKK Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für ÖKK SALTO. Bei Abweichungen gehen die AVB den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

1.3. Versicherte Personen

ÖKK SALTO kann ab Beginn des 19. Altersjahres bis zum vollendeten 30. Altersjahr abgeschlossen werden.

1.4. Automatischer Übertritt in ALLGEMEINER ZUSATZ oder ÖKK OPTIMA, KOMBI Allgemein und ÖKK TOURIST

ÖKK SALTO erlischt am 31. Dezember des Jahres, in welchem das 32. Altersjahr vollendet wird. Der automatische Übertritt in die Versicherungsabteilungen ALLGEMEINER ZUSATZ (für Verträge mit Versicherungsbeginn bis 31.12.2009) oder ÖKK OPTIMA (für Verträge mit Versicherungsbeginn ab 1.1.2010), KOMBI Allgemein und ÖKK TOURIST erfolgt per 1. Januar des darauf folgenden Jahres. Beim automatischen Übertritt ist keine neue Gesundheitsdeklaration erforderlich, wobei aber bestehende Deckungseinschränkungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen unverändert weitergeführt werden.

1.5. Vorzeitiger Übertritt in ALLGEMEINER ZUSATZ oder ÖKK OPTIMA, KOMBI Allgemein und ÖKK TOURIST

Ein vorzeitiger Übertritt in die Versicherungsabteilungen ALLGEMEINER ZUSATZ (für Verträge mit Versicherungsbeginn bis 31.12.2009) oder ÖKK OPTIMA (für Verträge mit Versicherungsbeginn ab 1.1.2010), KOMBI Allgemein und ÖKK TOURIST ist jeweils ohne neue Gesundheitsdeklaration per 1. Januar eines Jahres möglich. Gleiches Übertrittsrecht gilt bei einem Wechsel in die ÖKK MONDIAL-Versicherung. Bei Schwangerschaft ist der Übertritt bzw.

Wechsel unterjährig möglich. Bestehende Deckungseinschränkungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen werden unverändert weitergeführt.

1.6. Leistungsvoraussetzung

1.6.1. Allgemeines

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer anerkannt sind. Über die Anerkennung entsprechender Personen muss bei der Kasse Auskunft eingeholt werden.

Bei stationärer Behandlung werden Leistungen nur ausgerichtet, wenn die Behandlung in einem Akutspital erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

1.6.2. Akutspital

Als Akutspital gelten Heilanstalten, welche diejenigen medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen erbringen können und über diejenige technische Infrastruktur verfügen, die zur Behandlung von Erkrankungen, Unfällen und für Geburten notwendig sind, die dauernde ärztliche Überwachung erfordern. Spitalbehandlungen müssen zudem in Spitälern erfolgen, die gemäss Art. 39 KVG auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sind.

1.6.3. Behandlung in anderen Spitälern

Bei Behandlungen in anderen Spitälern sind Leistungen gemäss Ziffer 3.1.4. versichert.

1.6.4. Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung

Der Wohnkanton übernimmt gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 41 Abs. 3 KVG) die Mehrkosten einer medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation.

1.7. Stationäre Leistungsstufe und Spitaltarife

1.7.1. Leistungsstufe ÖKK SALTO

Folgende Leistungsstufe wird für ÖKK SALTO geführt:

- Allgemeine Abteilung (Mehrbettzimmer) eines Spitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz.

1.7.2. Spitäler mit anerkanntem Tarif

Als Spitäler mit anerkanntem Tarif gelten Spitäler, mit welchen der Versicherer Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat, oder Spitäler, die sich ohne Vereinbarung an diese Tarife halten. Die Kasse führt eine Liste der Spitäler mit anerkanntem Tarif, die jederzeit eingesehen werden kann.

1.7.3. Fehlende Kriterien, Maximaltarife

Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Bestimmungen genannten, so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt. Der Versicherer kann bei der allgemeinen sowie bei der halbprivaten Abteilung Maximaltarife festlegen, die als Kriterium für die Einteilung in die versicherten Spitalabteilungen dienen.

Diese Maximaltarife richten sich nach den Tarifen und Vereinbarungen eines vergleichbaren, in der Wohnregion der versicherten Person gelegenen Spitals mit anerkanntem Tarif.

Die vom Versicherer allfällig festgelegten Maximaltarife können bei der Kasse eingesehen werden.

1.7.4. Einteilung der Spitäler

Spitäler, welche diese Einteilungskriterien nicht erfüllen, d.h. keine allgemeine Abteilung und/oder keine halbprivate, bzw. lediglich eine private Abteilung im Sinne dieser Bestimmungen führen, werden bei der Kasse auf einer Liste geführt, die eingesehen werden kann.

2. Ambulante Behandlung

2.1. Ärztliche Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten Person erfolgen, sind im Nachgang zu den Leistungen der BASIS gemäss am Behandlungsort gültigem KVG-Tarif voll gedeckt.

2.2. Notfallbehandlung im Ausland

Bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus ÖKK SALTO im Nachgang zu den Leistungen der BASIS die vollen Kosten gedeckt.

2.3. Leistungsdauer

Sofern die Bestimmungen von ÖKK SALTO nichts anderes vorsehen, werden die Leistungen zeitlich unbegrenzt ausgerichtet.

3. Stationäre Behandlung

3.1. Akutbehandlung

3.1.1. Leistungsvoraussetzung

ÖKK SALTO erbringt stationäre Leistungen, soweit und solange die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne der BASIS ist.

3.1.2. Leistungsumfang

ÖKK SALTO übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der BASIS die Kosten bei Spitalaufenthalten gemäss versicherter Leistungsstufe.

Nicht versichert ist die in der BASIS zu leistende Kostenbeteiligung inklusive des täglichen Beitrages an die Kosten des Spitalaufenthaltes.

3.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

Erfolgt die Behandlung in einer höheren als der versicherten Spitalabteilung, so sind höchstens folgende Leistungen aus ÖKK SALTO gedeckt:

- Die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, wird aus ÖKK SALTO eine Pauschale von CHF 30.-/Tag ausgerichtet.

3.1.4. Behandlung in einem Nicht-Listenspital

Erfolgt die Behandlung in einem Spital, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, so ist höchstens eine Pauschale von CHF 30.-/Tag gedeckt.

3.2. Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einem vom Versicherer anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, gewährt ÖKK SALTO für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen.

Die anerkannten Sanatorien oder Rehabilitationsanstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit bei der Kasse eingesehen werden kann.

3.3. Psychiatrische Kliniken

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spe-

zialklinik übernimmt ÖKK SALTO die volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen während 90 Tagen.

Diese Leistungen werden während drei Kalenderjahren einmal erbracht.

3.4. Leistungen im Ausland bei Notfällen

ÖKK SALTO übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der BASIS die Kosten für die notfallmässige stationäre Behandlung in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zur vollen Kostendeckung in der allgemeinen Abteilung. Die Leistungen werden so lange erbracht, als ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist, maximal jedoch bis zu einem Jahr. Bei einer stationären Behandlung ist bei der Kasse sofort, spätestens jedoch innert 10 Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprache-gesuch einzureichen.

4. Mutterschaft

4.1. Kosten der stationären Behandlung

ÖKK SALTO deckt die von der BASIS nicht gedeckten Kosten einer Geburt im Spital, allgemeine Abteilung ganze Schweiz für die Mutter.

Besteht für das Neugeborene keine entsprechende eigene Versicherung, übernimmt die Versicherungsabteilung ÖKK SALTO der Mutter die ungedeckten Kosten des Kindes im Spital, allgemeine Abteilung ganze Schweiz.

4.2. Geburt in Geburtshaus

Bei Geburt in einem von ÖKK anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, werden aus ÖKK SALTO 90% bis max. CHF 1'000.- pro Geburt erbracht.

5. Zusatz-Dienstleistungen im Ausland

5.1. Maximaldeckung

Bei Reisen bis zu 100 Tagen pro Kalenderjahr werden im Notfall noch zusätzlich bis zu CHF 50'000.- an nicht gedeckte Kosten erbracht.

5.2. Besuchsreise und Extra-Rückreise

Wenn eine versicherte Person im Ausland ernsthaft erkrankt oder schwer verunfallt und mehr als 7 Tage hospitalisiert werden muss, organisiert und bezahlt der Versicherer eine Besuchsreise für eine der versicherten Person nahestehende Person an das Krankenbett (Bahnbillett 1. Klasse, Flugbillett Economy-Klasse).

Wenn eine versicherte Person bei medizinischer Notwendigkeit aus dem Ausland in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung zurücktransportiert werden muss, organisiert die ÖKK Notruf-Zentrale die Extra-Rückreise von mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten. Wenn eine versicherte Person erkrankt oder verunfallt und aufgrund eines Spitalaufenthaltes die geplante Heimreise nicht antreten kann, organisiert die ÖKK Notruf-Zentrale die Extra-Rückreise der versicherten Person, von mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

5.3. Kostenvorschuss an ein Spital

Wenn eine versicherte Person im Ausland hospitalisiert werden muss, leistet der Versicherer, falls notwendig, einen Vorschuss an die Spalkosten bis CHF 20'000.-. Ist ein Teil des vorgeleisteten Betrages durch die bestehende Versicherung nicht gedeckt, wird dieser der versicherten Person in Rechnung gestellt. Der eingeforderte Betrag ist innert 30 Tagen zurückzubezahlen.

5.4. Benachrichtigung von Personen zu Hause

Falls durch die ÖKK Notruf-Zentrale Massnahmen organisiert wurden, benachrichtigt diese die Angehörigen der versicherten Person über den Sachverhalt und die getroffenen Massnahmen.

5.5. Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland

Die ÖKK Notruf-Zentrale vermittelt ihren Versicherten bei Bedarf einen Arzt oder ein Spital in der Gegend des Aufenthalts. Im Falle von Verständigungsproblemen leistet die ÖKK Notruf-Zentrale Übersetzungshilfe.

5.6. Medizinische Beratung durch Ärzte

Wenn eine versicherte Person während der Reise ärztliche Hilfe benötigt und diese an ihrem Aufenthaltsort nicht angefordert werden kann, leisten die Ärzte der ÖKK Notruf-Zentrale medizinische Beratung. Diese Beratung ist lediglich ein Ratschlag und darf in keinem Fall als Diagnose betrachtet werden.

5.7. Leistungsausschlüsse

Zusätzlich zu den Leistungsbeschränkungen aus den Gemeinsamen Bestimmungen der ÖKK Versicherungen AG besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen:

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, welche bei Reiseantritt bestanden haben resp. deren Eintritt bei Reiseantritt für die versicherte Person erkennbar und eine medizinische Behandlung absehbar war
- b) wenn sich die versicherte Person zum Zwecke von Behandlungen, Pflege oder Geburt ins Ausland begeben hat
- c) wenn die ÖKK Notruf-Zentrale zu Suchaktion, Rücktransport, Besuchs- oder Extra-Rückreise nicht vorgängig ihre Zustimmung erteilt hat.

Werden der Nottransport oder die Heimschaffung durch externe Umstände wie Streik, Wirren, Gewaltakte, industrielle Grossschadensereignisse, Radioaktivität, Naturkatastrophen, epidemische Krankheiten oder höhere Gewalt verunmöglicht, kann deren Organisation und Durchführung nicht verlangt werden.

5.8. Pflichten im Schadenfall

5.8.1. Benachrichtigung der ÖKK Notruf-Zentrale
Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall und frühzeitiger Geburt im In- und Ausland, welche eine Hospitalisation oder Hilfsmassnahmen erforderlich machen, ist in jedem Fall unverzüglich die ÖKK Notruf-Zentrale zu benachrichtigen.

5.8.2. Entbindung von der Schweigepflicht
Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen sowie Versicherer gegenüber der ÖKK Notruf-Zentrale bzw. dem Versicherer von der Schweigepflicht.

5.8.3. Geltendmachung des Anspruchs

Die versicherte Person hat ihren Leistungsanspruch umgehend der Kasse einzureichen und sämtliche Informationen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung zu stellen. Es werden nur detaillierte Originalrechnungen anerkannt. Sind die Rechnungsdetails ungenügend und werden die ergänzenden Auskünfte auf Verlangen nicht zur Verfügung gestellt, erfolgt die Festlegung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen.

5.8.4. Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts

Nicht benötigte Bahn- oder Flugbillets sind unaufgefordert der Kasse einzureichen. Wurden nutzlos gewordene Billette verkauft oder durch Dritte vergütet, werden die erhaltenen Entschädigungen an die Versicherungsleistungen angerechnet. Bei Missachtung dieser Pflicht kann der Versicherer einen nach pflichtgemäßem Ermessen festgelegten Betrag vom betreffenden Versicherten zurückfordern bzw. diesen mit dem Leistungsanspruch verrechnen.

6. Unfall-Zusatz

Im Anschluss an einen unfallbedingten Spitalaufenthalt werden die zur Behandlung der Unfallfolgen erforderlichen Hilfsmittel gemäss Praxis der obligatorischen Unfallversicherung übernommen.

Im gleichen Umfang werden die Kosten für Hilfsmittel übernommen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen, wenn diese im Zusammenhang mit einem Unfall, der eine Spitalbehandlung erforderte, beschädigt wurden.

Auf diese Leistungen wird ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

7. Prävention

7.1. Impfungen

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz dienen, werden 90% der effektiven Kosten, höchstens aber CHF 200.- pro Kalenderjahr, vergütet. Dabei werden keine Leistungen erbracht an Impfungen, die berufsbedingt vorgenommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten sind oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

7.2. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Pro Kalenderjahr sind die Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zum KVG-Tarif versichert, sofern in diesem Kalenderjahr keine solchen Leistungen aus der BASIS erbracht werden. Auf diese Leistung wird ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

7.3. Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten

An die ausgewiesenen Kosten eines ärztlich verordneten, von qualifiziertem Personal durchgeführten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens (z. B. Raucherentwöhnung) wird aus ÖKK SALTO 90% der Kosten, maximal CHF 300.- innert zwei Kalenderjahren geleistet.

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Kurse zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens. Die Liste der anerkannten Kurse wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

7.4. Weitere Präventivmassnahmen

An weitere anerkannte Präventivmassnahmen können Beiträge ausgerichtet werden.

8. Hilfsmittel

8.1. Sehhilfen

An die Kosten von zur Sehkorrektur benötigten Brillengläsern und Kontaktlinsen wird versicherten Personen innerhalb von 5 Kalenderjahren ein Beitrag von CHF 420.- bezahlt.

8.2. Übrige Hilfsmittel

An die Miet- und Kaufpreise von notwendigen, dem Gesundheitszustand angepassten Hilfsmitteln, an die aus der BASIS keine Leistungen erbracht werden, können auf ärztliche Verordnung 50% der Kosten bis zu einem Maximalbetrag von insgesamt CHF 250.- pro Kalenderjahr vergütet werden. Leistungen werden erbracht für Hilfsmittel, die den Gebrauch eingeschränkter Körperfunktionen verbessern, wirtschaftlich sind und dem Stand der medizinischen Forschung entsprechen. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel. Die Liste der anerkannten Hilfsmittel wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

Nicht versichert sind die Kosten, die durch Betrieb, Unterhalt und Reparatur dieser Hilfsmittel anfallen.

9. Zahnärztliche Behandlung / Weisheitszähne

9.1. Allgemeines

Die Versicherung deckt die Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen. Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tarife der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen. Auf diese Leistungen wird ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

9.2. Leistungserbringer und Tarif

Die Vergütung erfolgt nach Massgabe des für zahnärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarifs. Wendet die Zahnärztin oder der Zahnarzt einen höheren Tarif als denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an, geht die Differenz zu Lasten der versicherten Person.

Als Zahnärztin oder Zahnarzt gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

9.3. Behandlung im Ausland

Die Leistungen werden auch erbracht, wenn die Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erfolgt. Als Nachbarländer gelten Länder, die mit der Schweiz eine gemeinsame Grenze haben.

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Fahrtspesen

10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

10.1.1. Leistungsumfang

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel
- des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung
- für Rettungs- und Bergungsaktionen

wird ein Beitrag bis insgesamt CHF 20'000.- pro Kalenderjahr geleistet.

Transporte in Luftfahrzeugen werden nur übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

10.1.2. Selbstbehalt

Pro Fall hat die versicherte Person CHF 100.- als Selbstbehalt zu tragen.

10.1.3. Leistungen Dritter

Ist eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisationen vorhanden, werden nur insoweit Kosten übernommen als von diesen Organisationen keine Leistungen erbracht worden sind. Vorbehalten bleiben anderslautende vertragliche Vereinbarungen.

10.2. Suchaktionen

Zusätzlich zu den Kosten der Rettung oder Bergung einer versicherten Person werden Kosten für Suchaktionen bis maximal CHF 20'000.- pro Kalenderjahr übernommen.

11. CASAMED-Variante

11.1. Allgemeines

Für versicherte Personen, die bei ÖKK in der BASIS in der Variante CASAMED versichert sind, gelten die folgenden zusätzlichen Bestimmungen.

11.2. Allgemeine Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen von ÖKK SALTO werden erbracht, wenn sie nach dem Hausarztprinzip erfolgt sind. Leistungen müssen von der CASAMED-Hausärztin oder vom CASAMED-Hausarzt, bei der/dem die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können von ÖKK als CASAMED-Hausärzte anerkannt werden.

11.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip

ÖKK SALTO leistet für Routinebehandlungen von Augen-, Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzten ohne vorgängige Konsultation der CASAMED-Hausärztin oder des CASAMED-Hausarztes. Führen sie weitergehende Behandlungen durch, ist die CASAMED-Hausärztin oder der CASAMED-Hausarzt zu konsultieren.

ÖKK SALTO leistet für Präventivmassnahmen im Rahmen der Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten, Transport, Suche, Rettung und Bergung, Weisheitszahn-Extraktion, Zusatzdienstleistungen im Ausland ohne Konsultation der CASAMED-Hausärztin oder des CASAMED-Hausarztes.

11.4. Spitalwahl

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann die Kasse die Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Betreuung der CASAMED-Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.5. Andere Fachpersonen

Die Kasse kann anstelle der CASAMED-Hausärztin oder des CASAMED-Hausarztes andere Fachpersonen bezeichnen, welche die Leistungen, die in ÖKK SALTO gedeckt sind, erbringen, verordnen oder veranlassen können.

11.6. Weitere Leistungserbringer

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann der Versicherer weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Therapeutinnen oder Therapeuten, Sanitätsfachgeschäfte oder ähnliche Leistungserbringer bezeichnen, denen die medizinische Betreuung oder Versorgung der CASAMED-Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.7. Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen von ÖKK SALTO gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

11.8. Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

11.9. Leistungsabwicklung

11.9.1. Pauschalabrechnung

Der Versicherer oder die Kasse kann mit den CASAMED-Hausärztinnen oder CASAMED-Hausärzten vereinbaren, dass die Leistungen von ÖKK SALTO pauschalisiert abgegolten werden.

11.9.2. Veranlasste Leistungen

Bei veranlassten Leistungen kann die Kasse nötigenfalls vor der Leistungsvergütung von der versicherten Person oder von der CASAMED-Hausärztin bzw. vom CASAMED-Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

ÖKK DENTAL

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2012

Inhaltsverzeichnis

- 1. Versicherungsgrundlagen**
 - 1.1. Zweck
 - 1.2. Versicherungsabschluss
 - 1.3. Leistungsvoraussetzung
 - 1.4. Ausland

- 2. Versicherungsmöglichkeiten**
 - 2.1. ÖKK DENTAL PICCOLO
 - 2.1.1. Leistungen
 - 2.1.2. Automatischer Übertritt
 - 2.2. ÖKK DENTAL
 - 2.2.1. Leistungsvarianten
 - 2.2.2. Prophylaxe und Kontrolle
 - 2.2.3. Leistungen / Behandlungszeitraum
 - 2.2.4. Karenzzeit
 - 2.2.5. Geltendmachung der Ansprüche

- 3. CASAMED-Variante**
 - 3.1. Allgemeines
 - 3.2. Leistungsvoraussetzung
 - 3.3. Notfälle
 - 3.4. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante
 - 3.4.1. Leistungsausschluss
 - 3.4.2. Ausschluss CASAMED-Variante
 - 3.5. Prämien

Die in diesen AVB gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen.

1. Versicherungsgrundlagen

1.1. Zweck

ÖKK DENTAL leistet für zahnärztliche Behandlungen und prophylaktische Massnahmen.

1.2. Versicherungsabschluss

ÖKK DENTAL kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

Bei Versicherungsabschluss bestehende Leiden, wie etwa nicht sanierte oder fehlende Zähne, Zahnfehlstellungen, Kieferanomalien usw. sind nicht versichert. Die Leistungseinschränkung wird dem Versicherten schriftlich mitgeteilt.

Die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung oder Behandlung darf nicht länger als ein Jahr vor Versicherungsbeginn zurückliegen.

Kinder, die im ersten Lebensjahr für die Zahnbehandlungskosten versichert werden, sind ohne Einschränkung versichert.

1.3. Leistungsvoraussetzung

Versichert sind die zahnmedizinisch notwendigen, wissenschaftlich anerkannten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, sofern die Wirtschaftlichkeit der Behandlung gewährleistet ist.

Die Vergütung erfolgt nach Zahnarztтарif SSO mit dem Taxpunkt-wert der Sozialversicherungen (nach KVG, UVG, MVG, IVG). Als Zahnarzt gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

ÖKK DENTAL leistet subsidiär, d.h. im Nachgang oder in Ergänzung zur gesetzlichen Krankenpflege- oder Unfallversicherung sowie zu Leistungen der Kantone und Gemeinden. Sind andere Versicherer leistungspflichtig, wird die Leistung anteilmässig erbracht.

1.4. Ausland

Die Leistungen von ÖKK DENTAL werden auch erbracht, wenn die Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erfolgt. Als Nachbarländer gelten Länder, die mit der Schweiz eine gemeinsame Grenze haben.

2. Versicherungsmöglichkeiten

Es bestehen folgende Versicherungsmöglichkeiten:

- ÖKK DENTAL PICCOLO bis zum vollendeten 15. Altersjahr
- ÖKK DENTAL

2.1. ÖKK DENTAL PICCOLO

2.1.1. Leistungen

Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 15. Altersjahr werden die Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen bis CHF 40.- pro Kalenderjahr vergütet.

2.1.2. Automatischer Übertritt

Bei Vollendung des 15. Altersjahres erfolgt auf Beginn des folgenden Jahres automatisch und ohne Leistungseinschränkung der Übertritt von ÖKK DENTAL PICCOLO in ÖKK DENTAL A. Dem

Versicherten steht innert drei Monaten nach erfolgter Mitteilung ein Rücktrittsrecht zu.

2.2. ÖKK DENTAL

2.2.1. Leistungsvarianten

Variante	Maximaler Leistungsanspruch pro Kalenderjahr
----------	--

- | | |
|----------------|--|
| - ÖKK DENTAL A | 75 % bis max. CHF 1'000.-
Franchise CHF 500.- |
| - ÖKK DENTAL B | 50 % bis max. CHF 500.- |
| - ÖKK DENTAL C | 50 % bis max. CHF 1'000.- |
| - ÖKK DENTAL D | 75 % bis max. CHF 1'000.- |
| - ÖKK DENTAL E | 75 % bis max. CHF 1'500.- |
| - ÖKK DENTAL F | 75 % bis max. CHF 3'000.- |
| - ÖKK DENTAL G | 75 % bis max. CHF 5'000.-
Franchise CHF 500.- |
| - ÖKK DENTAL H | 75 % bis max. CHF 5'000.- |

Der Versicherer kann für Kinder bis zum vollendeten 15. Altersjahr den Franchisebetrag (bei Varianten mit Franchise) reduzieren.

Bei den Varianten mit Franchise wird diese in einem festen Betrag pro Kalenderjahr erhoben. Der maximale Leistungsanspruch pro Kalenderjahr berechnet sich aus dem die Franchise übersteigenden Restbetrag.

2.2.2. Prophylaxe und Kontrolle

ÖKK DENTAL leistet für eine Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen und für Prophylaxe bis CHF 100.- pro Kalenderjahr. Die Kostenbeteiligung der Leistungsvariante kommt nicht zur Anwendung.

2.2.3. Leistungen / Behandlungszeitraum

Im Rahmen der gewählten Leistungsklasse umfasst die Versicherung alle Kosten für zahnärztliche Behandlungen inklusive Laborkosten.

Für Zahnpflegemittel werden keine Leistungen erbracht.

ÖKK leistet die versicherten Beträge pro Kalenderjahr.

2.2.4. Karenzzeit

Der Leistungsanspruch aus ÖKK DENTAL beginnt

- nach einer Karenzzeit von 12 Monaten für prothetische Versorgungen (wie Kronen, Brücken, Prothesen, Stiftzähne, Stumpfaufbauten sowie Apparaturen zur Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen inkl. entsprechende Provisorien, Reparaturen und die dazugehörenden zahnärztlichen Behandlungen und Kontrollen) und
- nach einer Karenzzeit von 6 Monaten für alle übrigen Behandlungen.

Die Karenzzeit gilt auch für Versicherungserhöhungen. Leistungen für Prophylaxe und Kontrolle unterliegen keiner Karenzzeit.

2.2.5. Geltendmachung der Ansprüche

Zur Geltendmachung des Anspruchs hat der Versicherte die detaillierte Originalrechnung sofort, spätestens jedoch innert 30 Tagen ab Rechnungsstellung vorzulegen. Aus der Rechnung muss die Behandlungsdauer sowie die einzeln aufgeführten Leistungen nach Zahnarztтарif ersichtlich sein.

3. CASAMED-Variante

3.1. Allgemeines

Die CASAMED-Variante setzt voraus, dass der Versicherte in der ÖKK BASIS CASAMED versichert ist.

Für die CASAMED-Variante gelten folgende zusätzliche Bedingungen.

3.2. Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden vergütet, wenn sie von einem von ÖKK anerkannten CASAMED-Zahnarzt, bei dem der Versicherte eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

3.3. Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen von ÖKK DENTAL gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

3.4. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante

3.4.1. Leistungsausschluss

Begibt sich der Versicherte ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in seinem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu seinen Lasten.

3.4.2. Ausschluss CASAMED-Variante

Bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten ist ÖKK berechtigt, den Versicherten aus der CASAMED-Variante in die ordentliche Versicherungsvariante umzuteilen.

3.5. Prämien

In der CASAMED-Variante gilt eine reduzierte Prämie.

ÖKK TOURIST

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2010

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen

- 1.1. Gegenstand der Versicherung
- 1.2. Gemeinsame Bestimmungen

2. Abschluss, Beginn und Dauer

- 2.1. Versicherte Personen
 - 2.1.1. Personenkreis
 - 2.1.2. Einzelpersonen
 - 2.1.3. Familien
- 2.2. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

3. Leistungen

- 3.1. Leistungsbereich
 - 3.1.1. Örtlicher Leistungsbereich
 - 3.1.2. Zeitlicher Leistungsbereich
- 3.2. Leistungsvoraussetzung
- 3.3. Heilungskosten
- 3.4. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten
- 3.5. Besuchsreise und Reisemehrkosten
 - 3.5.1. Besuchsreise
 - 3.5.2. Extra-Rückreise
- 3.6. Deckungssummen
 - 3.6.1. ÖKK TOURIST 50/100
 - 3.6.2. ÖKK TOURIST 250/500
- 3.7. Service-Dienstleistungen
 - 3.7.1. Kostenvorschuss an ein Spital
 - 3.7.2. Benachrichtigung von Personen zu Hause
 - 3.7.3. Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland
 - 3.7.4. Medizinische Beratung durch Ärzte
- 3.8. Leistungsbeschränkungen
 - 3.8.1. Grundsatz
 - 3.8.2. Leistungsausschluss
 - 3.8.3. Leistungseinschränkung
- 3.9. Verjährung

4. Kostenbeteiligung

5. Pflichten im Schadenfall

- 5.1. Benachrichtigung der ÖKK Notruf-Zentrale
- 5.2. Entbindung von der Schweigepflicht
- 5.3. Geltendmachung des Anspruchs
- 5.4. Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts

6. Leistungen Dritter

- 6.1. Im Allgemeinen
- 6.2. Leistungsverzicht
- 6.3. Sozialversicherungen
- 6.4. Bestehende Versicherungen bei den ÖKK Versicherungen AG
- 6.5. Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen

1. Grundlagen

1.1. Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung erbringt Leistungen an die ungedeckten Kosten notfallmässiger Behandlungen bei Krankheit, Unfall und frühzeitiger Geburt während einer Ferien- oder Geschäftsreise bzw. eines auswärtigen Aufenthalts. Sie erbringt im weiteren Leistungen an Transport-, Such-, Rettungs- und Bergungskosten sowie Service-Dienstleistungen. Massgebend für die Deckung sind die nachfolgenden Leistungsbestimmungen.

1.2. Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der ÖKK Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen über ÖKK TOURIST. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen über ÖKK TOURIST den Gemeinsamen Bestimmungen der ÖKK Versicherungen AG vor.

2. Abschluss, Beginn und Dauer

2.1. Versicherte Personen

2.1.1. Personenkreis

Versichert sind Personen, welche bei ÖKK die Versicherung ÖKK TOURIST abgeschlossen haben. Der Versicherungsabschluss steht allen Personen ohne Altersbeschränkung offen.

2.1.2. Einzelpersonen

Versichert sind die auf der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

2.1.3. Familien

Versichert sind der/die auf der Versicherungspolice aufgeführte VersicherungsnehmerIn sowie der Ehegatte/die Ehegattin resp. LebenspartnerIn und dessen/deren Kinder bis zum vollendeten 25. Altersjahr, sofern diese mit dem/der VersicherungsnehmerIn im gleichen Haushalt leben.

2.2. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung richten sich nach den Gemeinsamen Bestimmungen der ÖKK Versicherungen AG.

Die Versicherung kann nur zusammen mit mindestens einer der folgenden Versicherungsabteilungen abgeschlossen bzw. geführt werden:

- ALLGEMEINER ZUSATZ
- PRIVAT-ZUSATZ
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- KOMBI
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK SALTO

Voraussetzung bei Familien für das Abschliessen und Führen der ÖKK TOURIST-Versicherung ist, dass mindestens ein Elternteil über den ALLGEMEINEN ZUSATZ, PRIVAT-ZUSATZ, ÖKK OPTIMA, ÖKK PREMIUM, ÖKK FAMILY, ÖKK FAMILY FLEX, ÖKK SALTO oder eine KOMBI bei ÖKK versichert ist.

3. Leistungen

3.1. Leistungsbereich

3.1.1. Örtlicher Leistungsbereich

Die Versicherung gilt für notfallmässige Behandlungen ausserhalb des Wohnkantons in der Schweiz und weltweit im Ausland.

3.1.2. Zeitlicher Leistungsbereich

Die Leistungen werden nur solange erbracht, als ein Heimtransport medizinisch nicht zumutbar ist.

Die Leistungspflicht für während der Versicherungsdauer aufgetretene Krankheiten und Unfälle erlischt in jedem Fall spätestens 91 Tage nach Ablauf der Versicherung.

3.2. Leistungsvoraussetzung

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung zweckmässig und aus medizinischen Gründen notwendig ist sowie von Personen durchgeführt wird, die über die hierzu notwendige Bewilligung verfügen.

3.3. Heilungskosten

Die Versicherung übernimmt im Nachgang zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG, zur Unfallversicherung nach UVG und allfällig bei den ÖKK Versicherungen AG bestehenden Zusatzversicherungen Leistungen an die Heilungskosten bei notfallmässiger ambulanter und stationärer Behandlung.

Gedeckt sind Krankheit, Unfall und frühzeitige Geburt zu den ortsüblichen bzw. vertraglich vereinbarten Tarifen. Als frühzeitig gilt die Geburt, wenn sie unvorhergesehen und mehr als sechs Wochen vor dem ärztlich bescheinigten Geburtstermin eintritt.

Die für die Schweiz geltende gesetzliche Kostenbeteiligung ist nicht versichert.

3.4. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

Wenn eine versicherte Person ernsthaft erkrankt, schwer verunfallt oder stirbt, erbringt der Versicherer – gestützt auf einen medizinischen Befund – folgende durch die ÖKK Notruf-Zentrale organisierten Leistungen und bezahlt die Kosten für:

- a) medizinisch notwendige Rettungsaktionen und Nottransporte in einem zweckdienlichen Transportmittel bis zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort
- b) Suchaktionen, die im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung der versicherten Person unternommen werden sowie Bergungsaktionen bis insgesamt CHF 20'000.– pro versicherte Person
- c) bei medizinischer Notwendigkeit den Rücktransport der versicherten erkrankten oder verunfallten Person in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung
- d) den Rücktransport der verstorbenen Person an deren Wohnort.

3.5. Besuchsreise und Reisemehrkosten

3.5.1. Besuchsreise

Wenn eine versicherte Person im Ausland ernsthaft erkrankt oder schwer verunfallt und mehr als 7 Tage hospitalisiert werden muss, organisiert und bezahlt der Versicherer eine Besuchsreise für eine der versicherten Person nahestehende Person an das Krankenbett (Bahnbillett 1. Klasse, Flugbillett Economy-Klasse).

3.5.2. Extra-Rückreise

Wenn eine versicherte Person bei medizinischer Notwendigkeit aus dem Ausland in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung zurücktransportiert werden muss, organisiert die ÖKK Notruf-Zentrale die Extra-Rückreise von versicherten mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

Wenn eine versicherte Person erkrankt oder verunfallt und aufgrund eines Spitalaufenthalts die geplante Heimreise nicht antreten kann, organisiert die ÖKK Notruf-Zentrale die Extra-Rückreise der versicherten Person, von versicherten mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

3.6. Deckungssummen

Es können folgende Varianten abgeschlossen werden:

3.6.1. ÖKK TOURIST 50/100

Die Deckungssumme beträgt für sämtliche Leistungen insgesamt CHF 50'000.- pro versicherte Person, jedoch maximal CHF 100'000.- pro versicherte Familie. Folgende Varianten können abgeschlossen werden (Auslandaufenthaltsdauer):

- bis maximal 17 Tage
- bis maximal 40 Tage.

3.6.2. ÖKK TOURIST 250/500

Die Deckungssumme beträgt für sämtliche Leistungen insgesamt CHF 250'000.- pro versicherte Person, jedoch maximal CHF 500'000.- pro versicherte Familie. Folgende Varianten können abgeschlossen werden (Auslandaufenthaltsdauer):

- bis maximal 17 Tage
- bis maximal 40 Tage.

3.7. Service-Dienstleistungen

3.7.1. Kostenvorschuss an ein Spital

Wenn eine versicherte Person im Ausland hospitalisiert werden muss, leistet der Versicherer, falls notwendig, einen Vorschuss an die Spitalkosten bis CHF 20'000.-. Ist ein Teil des vorgeleisteten Betrages durch die bestehende Versicherung nicht gedeckt, wird dieser der versicherten Person in Rechnung gestellt. Der eingeforderte Betrag ist innert 30 Tagen zurückzubezahlen.

3.7.2. Benachrichtigung von Personen zu Hause

Falls durch die ÖKK Notruf-Zentrale Massnahmen organisiert wurden, benachrichtigt diese die Angehörigen der versicherten Person über den Sachverhalt und die getroffenen Massnahmen.

3.7.3. Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland

Die ÖKK Notruf-Zentrale vermittelt ihren Versicherten bei Bedarf einen Arzt oder ein Spital in der Gegend des Aufenthalts. Im Falle von Verständigungsproblemen leistet die ÖKK Notruf-Zentrale Übersetzungshilfe.

3.7.4. Medizinische Beratung durch Ärzte

Wenn eine versicherte Person während der Reise ärztliche Hilfe benötigt und diese an ihrem Aufenthaltsort nicht angefordert werden kann, leisten die Ärzte der ÖKK Notruf-Zentrale medizinische Beratung. Diese Beratung ist lediglich ein Ratschlag und darf in keinem Fall als Diagnose betrachtet werden.

3.8. Leistungsbeschränkungen

3.8.1. Grundsatz

Die Regelung betreffend Leistungsbeschränkungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen der ÖKK Versicherungen AG findet für ÖKK TOURIST keine Anwendung.

3.8.2. Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, welche bei Reiseantritt bestanden haben resp. deren Eintritt bei Reiseantritt für die versicherte Person erkennbar und eine medizinische Behandlung absehbar war
- b) wenn sich die versicherte Person zum Zwecke von Behandlungen, Pflege oder Geburt ins Ausland begeben hat
- c) für Krankheiten und Unfallfolgen, welche bei einer für die versicherte Person bestehenden Versicherung bei ÖKK von der Deckung ausgeschlossen worden sind
- d) wenn die ÖKK Notruf-Zentrale zu Suchaktion, Rücktransport, Besuchs- oder Extra-Rückreise nicht vorgängig ihre Zustimmung erteilt hat
- e) bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst
- f) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage zurückliegt
- g) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten
- h) bei grobfahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls, insbesondere infolge Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten oder anderer Drogen
- i) bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, d.h. wenn sich die versicherte Person einer Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass reduzieren. Ausgenommen sind Rettungshandlungen zugunsten von Personen. Als Wagnis im Sinne dieser Bestimmung gilt insbesondere die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen oder an einem Training dazu
- k) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde, auch als Folge von Selbsttötung, Selbsttötungsversuch oder Selbstverletzungen.

Werden der Nottransport oder die Heimschaffung durch externe Umstände wie Streik, Wirren, Gewaltakte, industrielle Grossschadensereignisse, Radioaktivität, Naturkatastrophen, epidemische Krankheiten oder höhere Gewalt verunmöglicht, kann deren Organisation und Durchführung nicht verlangt werden.

3.8.3. Leistungseinschränkung

Bei offensichtlich übersetzter Rechnungsstellung kann der Versicherer seine Leistungen entsprechend kürzen oder seine Zahlung von der Zession der Reduktionsforderung abhängig machen.

3.9. Verjährung

Der Leistungsanspruch der versicherten Person gegenüber dem Versicherer verjährt in zwei Jahren nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht des Versicherers begründet.

4. Kostenbeteiligung

Auf Leistungen aus ÖKK TOURIST wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

5. Pflichten im Schadenfall

5.1. Benachrichtigung der ÖKK Notruf-Zentrale

Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall und frühzeitiger Geburt im In- und Ausland, welche eine Hospitalisation oder Hilfsmassnahmen erforderlich machen, ist in jedem Fall unverzüglich die ÖKK Notruf-Zentrale zu benachrichtigen.

5.2. Entbindung von der Schweigepflicht

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen sowie Versicherer gegenüber der ÖKK Notruf-Zentrale bzw. dem Versicherer von der Schweigepflicht.

5.3. Geltendmachung des Anspruchs

Die versicherte Person hat ihren Leistungsanspruch umgehend der Kasse einzureichen und sämtliche Informationen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung zu stellen. Es werden nur detaillierte Originalrechnungen anerkannt. Sind die Rechnungsdetails ungenügend und werden die ergänzenden Auskünfte auf Verlangen nicht zur Verfügung gestellt, erfolgt die Festlegung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen.

5.4. Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts

Nicht benötigte Bahn- oder Flugbilletts sind unaufgefordert der Kasse einzureichen. Wurden nutzlos gewordene Billette verkauft oder durch Dritte vergütet, werden die erhaltenen Entschädigungen an die Versicherungsleistungen angerechnet. Bei Missachtung dieser Pflicht kann der Versicherer einen nach pflichtgemäßem Ermessen festgelegten Betrag vom betreffenden Versicherten zurückfordern bzw. diesen mit dem Leistungsanspruch verrechnen.

6. Leistungen Dritter

6.1. Im Allgemeinen

Haftet für einen gemeldeten Krankheitsfall oder Unfall ein Dritter oder eine Dritte aus Gesetz oder Verschulden, ist der Versicherer nicht oder höchstens für den ungedeckten Teil leistungspflichtig.

6.2. Leistungsverzicht

Verzichten Versicherte ohne Zustimmung des Versicherers ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht nach diesen AVB. Als Verzicht gilt auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruchs.

6.3. Sozialversicherungen

Es werden keine Leistungen übernommen, die zu Lasten von Sozialversicherungen (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI etc.) gehen. Der Leistungsanspruch ist bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden. Verfügt eine versicherte Person nicht über eine gültige obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG bzw. eine

gleichwertige Deckung im Fürstentum Liechtenstein, werden durch den Versicherer Leistungen erbracht, wie wenn diese Deckung bestanden hätte.

6.4. Bestehende Versicherungen bei den ÖKK Versicherungen AG

Bestehende andere Zusatzversicherungen bei den ÖKK Versicherungen AG gehen den Leistungen aus ÖKK TOURIST vor.

6.5. Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen

Ist eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisationen vorhanden, werden nur insoweit Kosten übernommen, als von diesen Organisationen keine Leistungen erbracht worden sind. Vorbehalten bleiben anderslautende vertragliche Vereinbarungen.

ÖKK PROTECT

Ausgabe 1.1.2011

Inhaltsverzeichnis

- 1. Grundlagen der Versicherung**
 - 1.1. Versicherungsträger
 - 1.2. Gemeinsame Bestimmungen
 - 1.3. Kollektivvertrag
- 2. Deckungsumfang**
 - 2.1. Vertragsgrundlagen
 - 2.2. Versicherte Streitigkeiten
 - 2.3. Subsidiarität
 - 2.4. Nicht versicherte Streitigkeiten
- 3. Versicherte Personen**
- 4. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung**
 - 4.1. Im Allgemeinen
 - 4.2. Auflösung des Kollektivvertrages
- 5. Örtlicher Geltungsbereich**
- 6. Zeitlicher Geltungsbereich**
- 7. Versicherte Leistungen**
- 8. Rechtsschutzfall**
 - 8.1. Anmeldung eines Rechtsschutzfalles
 - 8.2. Abwicklung eines Rechtsschutzfalles
 - 8.3. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten
- 9. Gerichtsstand**

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Versicherungsträger

Versicherungsträger der Gesundheits-Rechtsschutzversicherung ÖKK PROTECT ist die Coop Rechtsschutz AG, Entfelderstrasse 2, 5000 Aarau (nachfolgend Versicherer).

Vermittelnde Krankenkasse ist ÖKK.

1.2. Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der ÖKK Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen über den Gesundheits-Rechtsschutz. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen der Gesundheits-Rechtsschutzversicherung ÖKK PROTECT den Gemeinsamen Bestimmungen der ÖKK Versicherungen AG vor.

1.3. Kollektivvertrag

Die Gewährung des Gesundheits-Rechtsschutzes erfolgt aufgrund des Kollektivvertrages der ÖKK Versicherungen AG mit dem Versicherer.

2. Deckungsumfang

2.1. Vertragsgrundlagen

Der Vertragsinhalt richtet sich nach den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen ÖKK PROTECT, dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), dem Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (VAG) sowie der Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (AVO).

2.2. Versicherte Streitigkeiten

Im Zusammenhang mit einer Gesundheitsschädigung sind folgende Streitigkeiten versichert:

- Haftpflichtrechtliche Streitigkeiten (z.B. mit medizinischen Leistungserbringern, mit Motorfahrzeughaltern nach Verkehrsunfällen usw.), insbesondere:
 - die Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen aus Fehlbehandlungen
 - die Aufklärungspflicht gegenüber der versicherten Person betreffend möglicher Auswirkungen von medizinischen Massnahmen
 - Fehlinformationen und Informationsverweigerung, insbesondere betreffend
 - Einsichtnahme in Untersuchungsdokumente
 - Herausgabe von Röntgenbildern
 - die Unterlassung von Untersuchungen.
- Versicherungsrechtliche Streitigkeiten (z.B. mit der Haftpflicht-, Unfall-, Kranken-, Invalidenversicherung usw.).

2.3. Subsidiarität

Es besteht nur Anspruch auf Rechtsschutz, wenn und soweit die Leistungen nicht von einem anderen Versicherer erbracht werden müssen. Von der Subsidiarität ausgenommen sind Streitigkeiten mit medizinischen Leistungserbringern und deren Haftpflichtversicherungen.

2.4. Nicht versicherte Streitigkeiten

Nicht versichert sind:

- Fälle, die nicht ausdrücklich aufgeführt sind
- Fälle, die vor dem Inkrafttreten der vorliegenden Versicherung eingetreten sind
- Streitigkeiten des Versicherten mit der Coop Rechtsschutz AG bzw. ihren Organen und gegenüber Beauftragten
- Fälle im Zusammenhang mit
 - psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen
 - Honoraren und Rechnungen (ausgenommen solche über nicht erbrachte Leistungen)
 - Prämienrechnungen von ÖKK
 - der Abwehr von Schadenersatzansprüchen.

3. Versicherte Personen

Versichert sind Personen, welche bei ÖKK die Versicherung ÖKK PROTECT abgeschlossen haben.

Zusätzlich versichert sind alle Personen:

- welche mit der oben erwähnten Person in einer gemeinsamen Police bei ÖKK versichert sind
- Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Altersjahres, welche mit der oben erwähnten Person im selben Haushalt leben und bei ÖKK versichert sind.

Stirbt eine versicherte Person als Folge eines versicherten Ereignisses, so sind deren Rechtsnachfolger für diesen Fall versichert.

4. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

4.1. Im Allgemeinen

Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung richten sich nach den Gemeinsamen Bestimmungen der ÖKK Versicherungen AG.

Die Versicherung kann nur zusammen mit mindestens einer der folgenden Versicherungsabteilungen abgeschlossen bzw. geführt werden:

- ALLGEMEINER ZUSATZ
- PRIVAT-ZUSATZ
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- KOMBI
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK SALTO
- ÖKK MONDIAL-BASIS
- ÖKK DENTAL

Scheidet eine Person, welche die Bedingungen von ÖKK PROTECT erfüllt, aus der gemeinsamen Police aus, erfolgt eine Weiterversicherung in ÖKK PROTECT. Der versicherten Person steht jedoch nach erfolgter Mitteilung innert drei Monaten ein Rücktrittsrecht zu.

4.2. Auflösung des Kollektivvertrages

Die Versicherung erlischt bei Auflösung des Kollektivvertrages zwischen Versicherer und ÖKK Versicherungen AG. Die Auflösung muss der versicherten Person spätestens einen Monat vor Erlöschen des Versicherungsschutzes schriftlich mitgeteilt werden.

5. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

6. Zeitlicher Geltungsbereich

Der Rechtsschutz wird gewährt für Streitfälle, die während der Versicherungsdauer eintreten. Der Fall gilt im Zeitpunkt der Rechtsverletzung als eingetreten, in versicherungsrechtlichen Fällen im Zeitpunkt des versicherten Ereignisses. Mit der Auflösung dieser Versicherung erlischt auch der Anspruch auf Rechtsschutz für nach diesem Zeitpunkt eingetretene Fälle.

7. Versicherte Leistungen

Der Versicherer gewährt folgende Leistungen:

- Die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen durch den Rechtsdienst der Coop Rechtsschutz
- Die Bezahlung bis maximal CHF 250'000.- (bzw. CHF 50'000.- in Fällen ausserhalb Europas und den Mittelmeerrandstaaten) pro Fall:
 - der Kosten von beauftragten Rechtsanwälten
 - der Kosten von beauftragten Experten
 - der zu Lasten des Versicherten gehenden Verfahrens- und Gerichtskosten
 - der Inkassogebühren für die der versicherten Person zugesprochene Entschädigung
 - der an die Gegenpartei zu entrichtenden Prozessentschädigung.

Nicht übernommen werden:

- Schadenersatz
- die Kosten, zu deren Übernahme ein haftpflichtiger Dritter verpflichtet ist.

Dem Versicherten zugesprochene Verfahrens- und Anwaltskosten sind dem Versicherer abzutreten.

8. Rechtsschutzfall

8.1. Anmeldung eines Rechtsschutzfalles

Der Eintritt eines Rechtsschutzfalles ist dem Versicherer resp. ÖKK sofort, auf deren Verlangen schriftlich, zu melden. Die versicherte Person hat den Versicherer bei der Bearbeitung des Rechtsschutzfalles zu unterstützen, die notwendigen Vollmachten und Auskünfte zu erteilen sowie ihr zugehende Mitteilungen, insbesondere von Behörden, ohne Verzug weiterzuleiten. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflichten kann der Versicherer seine Leistungen soweit kürzen, als dadurch zusätzliche Kosten entstanden sind. Bei grober Verletzung können die Leistungen verweigert werden.

8.2. Abwicklung eines Rechtsschutzfalles

Der Versicherer ergreift nach Rücksprache mit der versicherten Person die zu ihrer Interessenwahrung gebotenen Massnahmen. Wenn sich der Beizug eines Rechtsanwaltes als notwendig erweist, insbesondere bei Gerichts- oder Verwaltungsverfahren oder bei Interessenkollision, kann die versicherte Person diesen frei wählen.

Bestehen für einen Anwaltswechsel keine triftigen Gründe, hat die versicherte Person die dadurch entstehenden Kosten zu übernehmen.

8.3. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

Bei Meinungsverschiedenheiten über das weitere Vorgehen, insbesondere in Fällen, welche der Versicherer als aussichtslos beurteilt, wird auf Verlangen der versicherten Person ein Schiedsgerichtsverfahren eingeleitet. Als Schiedsrichter wird eine von beiden Parteien gemeinsam bestimmte Person eingesetzt. Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach den Bestimmungen über die Schiedsgerichtsbarkeit in der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO). Prozessiert eine versicherte Person auf eigene Kosten, so werden die vertraglichen Leistungen erbracht, wenn in der Hauptsache das Ergebnis günstiger ist als gemäss Beurteilung durch den Versicherer.

9. Gerichtsstand

Als Gerichtsstand wird der schweizerische Wohnsitz der versicherten Person oder Aarau vereinbart.

ÖKK Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Unfall

Ausgabe 1.1.2009

Inhaltsverzeichnis

- 1. Grundlagen der Versicherung**
 - 1.1. Versicherungsträger
 - 1.2. Gemeinsame Bestimmungen
 - 1.3. Altersbestimmung
- 2. Deckungsumfang**
- 3. Versicherte Personen**
 - 3.1. Grundsatz
 - 3.2. Höchsteintrittsalter
- 4. Beginn und Dauer der Versicherung**
 - 4.1. Im Allgemeinen
 - 4.2. Versicherungsänderungen
- 5. Beendigung der Versicherung**
 - 5.1. Grundsatz
 - 5.2. Auflösung des Kollektivversicherungsvertrages
- 6. Örtlicher Geltungsbereich**
- 7. Versicherungssummen**
 - 7.1. Höhe der Versicherungssummen
 - 7.2. Höchstversicherungssummen
 - 7.2.1. Höchstversicherungssummen für Kinder
 - 7.2.2. Höchstversicherungssummen im Alter
 - 7.3. Höchstsummen bei Flugunfällen
- 8. Todesfall-Kapitalversicherung**
 - 8.1. Begünstigte Personen
 - 8.2. Doppelte Todesfallsumme
 - 8.3. Anrechnung des Invaliditätskapitals
- 9. Invaliditäts-Kapitalversicherung**
 - 9.1. Grundsatz
 - 9.2. Ganzinvalidität
 - 9.3. Teilinvalidität
 - 9.4. Schwere Entstellung
 - 9.5. Vorbestandene Körpermängel
 - 9.6. Entschädigung bei Invalidität
- 10. Leistungsbeschränkungen**
 - 10.1. Grundsatz
 - 10.2. Leistungsausschlüsse
 - 10.3. Leistungskürzungen
 - 10.3.1. Grobfahrlässigkeit
 - 10.3.2. Unfallfremde Faktoren
 - 10.3.3. Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall
 - 10.3.4. Weitere Leistungskürzungen
 - 10.4. Herbeiführung des Todes durch eine anspruchsberechtigte Person
- 11. Umschulungskosten**
- 12. Prämien**
- 13. Verhalten im Schadenfall**
- 14. Mitteilungen an den Versicherer**
- 15. Erfüllungsort und Gerichtsstand**
- 16. Anwendbares Recht**

Wo diese AVB nicht ausdrücklich die weibliche Form verwenden, gilt die männliche Form auch für Frauen.

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die SOLIDA Versicherungen AG, Zürich (nachfolgend Versicherer).

Die ÖKK Versicherungen AG hat mit der SOLIDA Versicherungen AG einen Kollektivversicherungsvertrag zur Gewährung der Versicherungsdeckung bei Tod und Invalidität durch Unfall abgeschlossen.

Die ÖKK Versicherungen AG und die vermittelnde Versicherungsgesellschaft ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG (nachfolgend ÖKK), übernehmen keine Haftung für Ansprüche aus dieser Unfallversicherung.

1.2. Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen von ÖKK Versicherungen AG (Gemeinsame Bestimmungen) sind integrierter Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) von ÖKK Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Unfall. Bei Abweichungen gehen die AVB den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

1.3. Altersbestimmung

Das für die Versicherung massgebende Alter des Versicherten entspricht der Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr.

2. Deckungsumfang

Die Versicherung deckt alle Berufs- und Nichtberufsunfälle, einschliesslich Berufskrankheiten, soweit sie zur Zeit ihres Eintrittes aufgrund des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG Art. 6 - 9) entschädigungspflichtig sind.

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper. Im Weiteren gelten neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen aufgeführten Körperschädigungen als Unfälle:

- Gesundheitsschädigungen durch unfreiwilliges Einatmen von Gasen und Dämpfen und durch versehentliches Einnehmen von giftigen und ätzenden Stoffen,
- Ertrinken,
- die folgenden Gesundheitsschädigungen, sofern die versicherte Person sie unfreiwillig erleidet und sie durch ein versichertes Unfallereignis hervorgerufen worden sind: Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen, ausgenommen Sonnenbrand.

3. Versicherte Personen

3.1. Grundsatz

Versichert sind Einzelpersonen, die sich für die Unfallversicherung gemäss den vorliegenden AVB angemeldet und die Versicherungspolice erhalten haben.

3.2. Höchst Eintrittsalter

Die Versicherung kann bis zum vollendeten 65. Altersjahr abgeschlossen werden.

4. Beginn und Dauer der Versicherung

4.1. Im Allgemeinen

Beginn und Dauer der Versicherung richten sich nach den Gemeinsamen Bestimmungen. Ein Unfall und dessen Folgen sind versichert, wenn sich der Unfall während der Dauer der Versicherungsdeckung ereignet hat.

4.2. Versicherungsänderungen

Eine Erhöhung der Versicherungssumme ist bis zum vollendeten 65. Altersjahr möglich.

5. Beendigung der Versicherung

5.1. Grundsatz

Für die Beendigung der Versicherung kommen die Gemeinsamen Bestimmungen zur Anwendung.

5.2. Auflösung des Kollektivversicherungsvertrages

Der Versicherungsschutz endet mit der Auflösung des Kollektivversicherungsvertrages zwischen dem Versicherer und ÖKK Versicherungen AG. Die Auflösung muss der versicherten Person spätestens einen Monat vor Beendigung des Versicherungsschutzes schriftlich mitgeteilt werden.

6. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt. Bei Wegzug ins Ausland richtet sich die Weiterführung der Versicherung nach den Bedingungen von ÖKK MONDIAL.

7. Versicherungssummen

7.1. Höhe der Versicherungssummen

Es gelten die in der Versicherungspolice aufgeführten Versicherungssummen.

7.2. Höchstversicherungssummen

7.2.1. Höchstversicherungssummen für Kinder

Die Höchstversicherungssumme bei Tod beträgt für Kinder bis 15 Jahre CHF 20'000.-.

Das gesetzliche Todesfallkapital aus dieser und anderen Versicherungen beträgt bei Kindern, die noch nicht zweieinhalb Jahre alt sind höchstens CHF 2'500.-, bei Kindern, die noch nicht zwölf Jahre alt sind höchstens CHF 20'000.-.

7.2.2. Höchstversicherungssummen im Alter

Die Höchstversicherungssummen für Versicherte ab 66 Jahren betragen bei Tod CHF 20'000.-, bei Invalidität CHF 100'000.-.

Höhere Versicherungssummen werden auf die Höchstversicherungssummen reduziert.

Die Progression der Invaliditätsversicherung entfällt.

7.3. Höchstsummen bei Flugunfällen

Die Maximalgarantie des Versicherers für ein und dieselbe Person aus allen bei ihm laufenden Unfallversicherungen zusammen

ist für einen Flugunfall auf CHF 500'000.– im Todesfall und CHF 1'000'000.– im Ganzinvaliditätsfall (mit entsprechender Reduktion bei Teilinvalidität) beschränkt.

8. Todesfall-Kapitalversicherung

8.1. Begünstigte Personen

Hat der Unfall sofort oder binnen fünf Jahren vom Unfalltag an gerechnet den Tod der versicherten Person zur Folge, leistet der Versicherer die bei Tod versicherte Summe

- an den überlebenden Ehegatten,
- bei dessen Fehlen an die Kinder, Adoptiv- und Stiefkinder zu gleichen Teilen,
- bei deren Fehlen an die Eltern zu gleichen Teilen,
- bei deren Fehlen an die Geschwister, wenn diese zum Zeitpunkt des Unfalles noch nicht 25 Jahre alt waren.

Ehegatten und Kinder aus einer nach dem Unfall geschlossenen Ehe haben keinen Anspruch auf Leistung.

Die versicherte Person kann durch schriftliche Mitteilung an ÖKK in Abänderung der vorstehenden Regelung Begünstigte bezeichnen oder ausschliessen. Eine solche Erklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen oder abgeändert werden.

Sind keine der oben genannten Anspruchsberechtigten vorhanden, vergütet der Versicherer die Kosten der Bestattung, höchstens jedoch 10% der Versicherungssumme, bis maximal CHF 10'000.–.

8.2. Doppelte Todesfallsumme

Führt das gleiche Unfallereignis zum Tod beider Eltern, zahlt der Versicherer zu gleichen Teilen an die minderjährigen oder dauernd erwerbsunfähigen, unterstützungsbedürftigen Kinder, Stief- und Adoptivkinder das doppelte Todesfallkapital eines jeden versicherten Elternteils.

8.3. Anrechnung des Invaliditätskapitals

Auf das Todesfallkapital wird ein für denselben Unfall bereits ausbezahltes Invaliditätskapital angerechnet.

9. Invaliditäts-Kapitalversicherung

9.1. Grundsatz

Hat der Unfall eine voraussichtlich bleibende Invalidität einer versicherten Person zur Folge, zahlt der Versicherer die für den Invaliditätsfall vereinbarte Versicherungssumme:

- bei Ganzinvalidität die volle Versicherungssumme,
- bei Teilinvalidität einen dem Grad der Invalidität entsprechenden Teil der Versicherungssumme.

Die endgültige Bestimmung des Invaliditätsgrades erfolgt erst aufgrund des voraussichtlich als bleibend erkannten Zustandes der versicherten Person, spätestens aber fünf Jahre nach dem Unfall. Dabei wird der aktuelle Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Bestimmung ermittelt. Danach eintretende Änderungen des Invaliditätsgrades, d.h. auch Rückfälle und Spätfolgen, werden nicht mehr berücksichtigt. Eine durch das Ereignis eingetretene Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit wird bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades nicht berücksichtigt.

Auf das Invaliditätskapital hat ausschliesslich die versicherte Person Anspruch.

9.2. Ganzinvalidität

Als Ganzinvalidität gilt

- der Verlust oder die Gebrauchsunfähigkeit beider Arme oder Hände,
- der Verlust oder die Gebrauchsunfähigkeit beider Beine oder Füsse oder der gleichzeitige Verlust eines Armes oder einer Hand und eines Beines oder Fusses,
- gänzliche Lähmung,
- völlige Erblindung.

9.3. Teilinvalidität

Bei Teilinvalidität wird derjenige Teil der für Ganzinvalidität vorgesehenen Versicherungssumme geleistet, der dem Invaliditätsgrad entspricht. Die Bestimmung des Invaliditätsgrades erfolgt entsprechend nachfolgender Skala:

Verlust oder vollständige Gebrauchsunfähigkeit

- Oberarm	70 %
- Unterarm	65 %
- Hand	60 %
- Daumen mit Mittelhandglied	25 %
- Daumen, Mittelhandglied erhalten	22 %
- vorderstes Glied des Daumens	10 %
- Zeigefinger	15 %
- Mittelfinger	10 %
- Ringfinger	9 %
- Kleinfinger	7 %
- Bein am Oberschenkel	60 %
- Bein am Unterschenkel	50 %
- Fuss	45 %
- Grosszehe	8 %
- Zehe	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 anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig verloren war	30 %
- Geruchssinn	10 %
- Geschmackssinn	10 %
- Niere	20 %
- Milz	5 %
- sehr schmerzhafte starke Funktionseinschränkung der Wirbelsäule	50 %

Bei nur teilweisem Verlust oder nur teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Invaliditätsgrad.

Ist die Bestimmung des Invaliditätsgrades anhand der Skala nicht möglich, erfolgt sie analog den Richtlinien zur Bemessung des Integritätsschadens gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV). Dabei werden insbesondere die von der SUVA publizierten Tabellen „Integritätsentschädigungen gemäss UVG“ angewendet.

Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile infolge desselben Unfalls wird der Invaliditätsgrad in der Regel durch Addition der Prozentsätze bestimmt. Der Invaliditätsgrad kann jedoch nicht mehr als 100% betragen. Bei Verlust sämtlicher Finger einer Hand wird höchstens das für den Verlust der entsprechenden Hand in Betracht kommende Invaliditätskapital geleistet.

9.4. Schwere Entstellung

Für eine durch Unfall entstandene dauernde schwere Entstellung des menschlichen Körpers (ästhetische Schäden wie z. B. Narben), für die kein Invaliditätskapital geschuldet ist, die aber dennoch eine Erschwerung der gesellschaftlichen Stellung der versicherten Person zur Folge hat, leistet der Versicherer von der für Invalidität vereinbarten Versicherungssumme höchstens:

- 10% bei Verunstaltung des Gesichts,
- 5% bei Verunstaltung anderer, normalerweise sichtbarer Körperteile.

Die Leistung für ästhetische Schäden ist auf CHF 20'000.- begrenzt. Die Progression entfällt.

9.5. Vorbestandene Körpermängel

Haben vorbestandene Körpermängel mit Ausnahme des Verlusts des zweiten Auges oder des Gehörs am zweiten Ohr die Unfallfolgen erschwert, führt dies nicht zu einer höheren Leistung. Waren Körperteile schon vor dem Unfall ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, wird bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades der schon vorhandene, nach den vorstehenden Grundsätzen bestimmte Invaliditätsgrad abgezogen.

Haben vorbestandene Krankheiten oder Gebrechen, die nicht erst durch den Unfall hervorgerufen worden sind, die Unfallfolgen wesentlich verschlimmert, werden die Versicherungsleistungen verhältnismässig gekürzt und zwar bereits bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades und nicht erst bei der Bestimmung des Invaliditätskapitals.

9.6. Entschädigung bei Invalidität

Bei einer Invalidität von mehr als 25% erhöht sich die Entschädigung progressiv bis 350% der Versicherungssumme.

Invaliditätsgrad (%)	Entschädigung (%)	Invaliditätsgrad (%)	Entschädigung (%)
grad (%)	Versich.-Summe	grad (%)	Versich.-Summe
1	1	28	34
2	2	29	37
3	3	30	40
4	4	31	43
5	5	32	46
6	6	33	49
7	7	34	52
8	8	35	55
9	9	36	58
10	10	37	61
11	11	38	64
12	12	39	67
13	13	40	70
14	14	41	73
15	15	42	76
16	16	43	79
17	17	44	82
18	18	45	85
19	19	46	88
20	20	47	91
21	21	48	94
22	22	49	97
23	23	50	100
24	24	51	105
25	25	52	110
26	28	53	115
27	31	54	120

Invaliditätsgrad (%)	Entschädigung (%)	Invaliditätsgrad (%)	Entschädigung (%)
grad (%)	Versich.-Summe	grad (%)	Versich.-Summe
55	125	78	240
56	130	79	245
57	135	80	250
58	140	81	255
59	145	82	260
60	150	83	265
61	155	84	270
62	160	85	275
63	165	86	280
64	170	87	285
65	175	88	290
66	180	89	295
67	185	90	300
68	190	91	305
69	195	92	310
70	200	93	315
71	205	94	320
72	210	95	325
73	215	96	330
74	220	97	335
75	225	98	340
76	230	99	345
77	235	100	350

10. Leistungsbeschränkungen

10.1. Grundsatz

Die Bedingungen zu Leistungsbeschränkungen der Gemeinsamen Bestimmungen finden keine Anwendung.

10.2. Leistungsausschlüsse

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- infolge Krieg, Bürgerkrieg oder kriegsähnlichen Zuständen
 - in der Schweiz, im Fürstentum Liechtenstein oder angrenzenden Staaten,
 - im übrigen Ausland, es sei denn, der Unfall ereignet sich innert einer Frist von 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in welchem sich die versicherte Person aufhält, sofern sie dort vom Ausbruch von kriegerischen Ereignissen überrascht worden ist,
- infolge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein,
- infolge aussergewöhnlicher Gefahren. Als solche gelten:
 - ausländischer Militärdienst,
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten, Ausübung von Verbrechen,
 - Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, die versicherte Person ist als Unbeteiligte oder bei der Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden,
 - Gefahren, denen sich die versicherte Person dadurch aussetzt, dass sie andere stark provoziert,
 - die Folgen von Unruhen aller Art, es sei denn, die versicherte Person beweist, dass sie nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war,
- infolge vorsätzlicher Begehung von oder Teilnahme an Verbrechen oder Vergehen durch die versicherte Person oder dem

Versuch dazu, und zwar auch dann, wenn ein solches Delikt nur in Kauf genommen wurde,

- infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Nuklearenergie,
- bei Unfällen, in welchen die versicherte Person einen Blutalkoholgehalt von zwei Gewichtsprozenten oder mehr aufweist, es sei denn, es besteht offensichtlich kein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trunkenheit und Unfall,
- als Folge von Wagnissen (Handlungen, mit denen sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken),
- infolge Selbsttötung oder Gesundheitsschädigungen am eigenen Körper, die die versicherte Person absichtlich oder im Zustand voller oder teilweiser Urteilsunfähigkeit herbeigeführt hat,
- infolge absichtlicher Einnahme oder Injektion von Medikamenten, Drogen und chemischen Produkten,
- als Folge ärztlicher oder chirurgischer Eingriffe, die nicht durch einen versicherten Unfall notwendig wurden,
- bei der Benützung von Luftfahrzeugen als Militärpilot, sonstiges militärisches Besatzungsmitglied und Fallschirmgenadier,
- bei militärischen Fallschirmabsprünge,
- bei Luftfahrten, wenn die versicherte Person vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder nicht im Besitz der amtlichen Ausweise und Bewilligungen ist,
- bei den gesetzlichen und reglementarischen Kostenbeteiligungen der versicherten Person in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

10.3. Leistungskürzungen

10.3.1. Grobfahrlässigkeit

Der Versicherer verzichtet auf das Recht, bei grobfahrlässiger Herbeiführung des versicherten Unfalls die Leistungen zu kürzen.

10.3.2. Unfallfremde Faktoren

Beeinflussen unfallfremde Faktoren den Verlauf eines versicherten Unfalls, leistet der Versicherer lediglich einen aufgrund einer ärztlichen Beurteilung festzulegenden Teil der vereinbarten Leistungen. Dabei werden die unfallfremden Faktoren bereits bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades in Abzug gebracht und nicht erst bei der Bestimmung des Invaliditätskapitals.

10.3.3. Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall

Bei verschuldeter Verletzung der Pflichten durch die versicherte Person können die Leistungen gekürzt werden.

10.3.4. Weitere Leistungskürzungen

Weitere Leistungskürzungen richten sich nach den zur Zeit des Unfalls oder des Eintrittes der Berufskrankheit geltenden Bestimmungen des UVG (Art. 37 – 39).

10.4. Herbeiführung des Todes durch eine anspruchsberechtigte Person

Hat eine begünstigte Person den Tod der versicherten Person absichtlich bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt, hat sie keinen Anspruch auf Geldleistungen. Hat eine begünstigte Person den Tod der versicherten Person grobfahrlässig herbeigeführt, werden die ihr zukommenden Leistungen gekürzt; in besonders schweren Fällen können sie verweigert werden.

11. Umschulungskosten

Sofern eine Berufsumschulung durch einen Unfall, für den der Versicherer Leistungen erbracht hat, notwendig wird, übernimmt der Versicherer die hierfür angemessenen Kosten, höchstens 10% der versicherten Invaliditätssumme.

12. Prämien

Die Bedingungen zu Prämien und Zahlungen der Gemeinsamen Bestimmungen finden Anwendung.

13. Verhalten im Schadenfall

Ein Unfall, der voraussichtlich die Leistungspflicht des Versicherers auslöst, ist ohne Verzug ÖKK zu melden.

Ein Todesfall ist umgehend, spätestens innert zehn Tagen zu melden.

Die versicherte Person hat sich den Untersuchungen und Anordnungen der vom Versicherer auf seine Kosten beauftragten Ärzte zu unterziehen.

Die versicherte Person ist bei Verlust jeden Anspruchs im Unterlassungsfall verpflichtet, dem Versicherer innert 30 Tagen ab entsprechender schriftlicher Aufforderung jede verlangte Auskunft über den früheren und gegenwärtigen Gesundheitszustand sowie über den Verlauf von Unfall und Heilung zu geben. Die versicherte Person und die anspruchsberechtigten Personen haben ihre Ansprüche auf ihre Kosten durch ärztliche Zeugnisse zu begründen. Diese können auch vom Versicherer eingeholt werden.

Die versicherte Person ist gehalten, alle Ärzte, bei denen sie infolge Unfall oder Krankheit in Behandlung stand, zur Erteilung jeder vom Versicherer verlangten Auskunft von der Schweigepflicht zu entbinden.

Kommen die versicherte Person oder die anspruchsberechtigten Personen schuldhafterweise einer dieser Obliegenheiten nicht nach, kann der Versicherer die Leistungen um den Betrag kürzen, um den sie sich bei rechtzeitiger Anzeige gemindert hätten, es sei denn, die versicherte Person oder die anspruchsberechtigten Personen beweisen, dass das vertragswidrige Verhalten auf die Unfallfolgen und ihre Feststellung keinen Einfluss hatte.

14. Mitteilungen an den Versicherer

Alle Mitteilungen und Anzeigen sind an ÖKK zu richten. Der Versicherer anerkennt diese Mitteilungen und Anzeigen als an ihn selbst erfolgt. Alle Mitteilungen seitens des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die von der versicherten oder anspruchsberechtigten Person zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

15. Erfüllungsort und Gerichtsstand

Der Versicherer anerkennt ausser dem Gerichtsstand Zürich für Streitigkeiten aus diesem Vertrag den Gerichtsstand des schweizerischen Wohnortes der versicherten oder anspruchsberechtigten Person. Der Versicherer erfüllt seine Verbindlichkeiten am Domizil der versicherten oder anspruchsberechtigten Person.

16. Anwendbares Recht

Im Übrigen gelten für diese Versicherung die Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG).

ÖKK Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Krankheit (AVB KTI)

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung

- 1.1. Grundlagen
- 1.2. Zweck und Inhalt der Versicherung
- 1.3. Versicherungsbedingungen (AVB)
- 1.4. Versicherungsträgerin
- 1.5. Versicherte Personen
- 1.6. Versicherungsjahr
- 1.7. Altersbestimmung
- 1.8. Aufnahme in die Versicherung

2. Versicherungsschutz

- 2.1. Beginn des Versicherungsschutzes
- 2.2. Voraussetzungen des Versicherungsschutzes
- 2.3. Kein Versicherungsschutz
- 2.4. Wegfall des Versicherungsschutzes
- 2.5. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

3. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

- 3.1. Beginn und Dauer der Versicherung
- 3.2. Änderung der Versicherung
- 3.3. Sistierung der Versicherung
- 3.4. Beendigung der Versicherung

4. Leistungen

- 4.1. Leistungsüberblick
- 4.2. Begriffsdefinitionen
 - 4.2.1. Invalidität
 - 4.2.2. Krankheit
 - 4.2.3. Arbeitsunfähigkeit
 - 4.2.4. Erwerbsunfähigkeit
 - 4.2.5. Zumutbarkeit
- 4.3. Versicherungssummen
 - 4.3.1. Höhe der Versicherungssummen
 - 4.3.2. Höchstversicherungssummen
 - 4.3.3. Überholende Kausalität
 - 4.3.4. Degressive Abnahme der Kapitalleistungen nach dem 56. bis 65. Altersjahr
- 4.4. Invaliditätskapital
 - 4.4.1. Anspruch auf das Invaliditätskapital

- 4.4.2. Zeitpunkt des Anspruchs auf das Invaliditätskapital
- 4.4.3. Bemessungsgrundlagen der Invaliditätskapitalleistung
- 4.4.4. Abstufung der Invaliditätskapitalleistung
- 4.4.5. Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades
- 4.4.6. Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei erwerbstätigen Erwachsenen
- 4.4.7. Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei nicht- oder teilerwerbstätigen Erwachsenen
- 4.4.8. Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei Kleinkindern und Kindern
- 4.5. Todesfallkapital
 - 4.5.1. Anspruch auf das Todesfallkapital
 - 4.5.2. Bemessungsgrundlagen der Todesfallkapitalleistung
 - 4.5.3. Begünstigung
- 4.6. Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen
 - 4.6.1. Bei Unfall
 - 4.6.2. Bei unfallähnlichen Körperschädigungen
 - 4.6.3. Bei absichtlicher Herbeiführung der Erwerbsunfähigkeit
 - 4.6.4. Bei vorgeburtlichen Körperschädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen
 - 4.6.5. Bei Selbsttötung und bei Tod infolge eines Selbsttötungsversuchs
 - 4.6.6. Bei ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie
- 4.7. Reduzierter Anspruch auf Versicherungsleistungen
 - 4.7.1. Zusammentreffen verschiedener Ursachen
 - 4.7.2. Zusammentreffen der Invaliditäts- und Todesfallkapitalleistung
- 4.8. Sicherung und Auszahlung der Leistungen
 - 4.8.1. Unveräusserlichkeit der Ansprüche
 - 4.8.2. Prüfung des Versicherungsanspruches
 - 4.8.3. Auszahlung der Versicherungsleistungen

5. Besondere Bestimmungen

- 5.1. Mitwirkungspflichten bei Krankheit
- 5.2. Prämien
- 5.3. Verhalten im Schadenfall
- 5.4. Mitteilungen und Anzeigen
- 5.5. Militärdienst
- 5.6. Erfüllungsort
- 5.7. Gerichtsstand und anwendbares Recht
- 5.8. Inkrafttreten und Änderungen

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Grundlagen

Die Grundlagen des Vertrages bilden der individuelle Versicherungsantrag, die Versicherungspolice, die Gemeinsamen Bestimmungen (GB ÖKK) und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB KTI) zur Risikokapitalversicherung bei Tod und Invalidität durch Krankheit sowie subsidiär die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG).

1.2. Zweck und Inhalt der Versicherung

Zweck der vorliegenden Risikokapitalzusatzversicherung ist der Schutz der versicherten Personen gegen die wirtschaftlichen Folgen bei Tod und Invalidität infolge Krankheit.

Inhalt der vorliegenden Risikokapitalzusatzversicherung bildet eine einmalige Kapitaleistung zur Deckung der wirtschaftlichen Folgen bei Tod oder Invalidität durch Krankheit.

1.3. Versicherungsbedingungen (AVB)

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB KTI) umschreiben die Rechte und Pflichten der versicherten Person bzw. deren Anspruchsberechtigten. Sie legen insbesondere die Kapitalansprüche der versicherten Person bei Erwerbsunfähigkeit sowie der Begünstigten bei Tod der versicherten Person infolge Krankheit fest.

Die Gemeinsamen Bestimmungen (GB ÖKK) sind integrierter Bestandteil der vorliegenden Risikokapitalzusatzversicherung. Bei Abweichungen gehen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB KTI) den Gemeinsamen Bestimmungen (GB ÖKK) vor.

1.4. Versicherungsträgerin

Versicherungsträgerin ist die Schweizerische National Leben AG, Bottmingen (nachstehend Versicherer). Aus diesem Versicherungsvertrag entstehende Ansprüche richten sich ausschliesslich gegen den Versicherer.

1.5. Versicherte Personen

Versicherbar sind Einzelpersonen mit Wohnsitz in der Schweiz sowie Grenzgänger und deren Familienangehörige, die sich gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB KTI) freiwillig versichern.

Versichert werden Einzelpersonen, die im Zeitpunkt der Antragsstellung in einer Kranken- oder Krankenzusatzversicherung von ÖKK versichert sind oder eine solche beantragt haben und Versicherte von ÖKK werden.

1.6. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt am 1. Januar und endet am 31. Dezember.

1.7. Altersbestimmung

Das für die Versicherung massgebende Alter (Effektivalter) der versicherten Person entspricht der Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr.

1.8. Aufnahme in die Versicherung

Die Aufnahme in die Versicherung erfolgt grundsätzlich aufgrund der im Antrag ausgefüllten Gesundheitsfragen. Wird die Aufnahme in die Versicherung in den ersten 90 Lebenstagen, gerechnet vom Tag der Geburt der versicherten Person, beantragt, ist keine Gesundheitsprüfung notwendig.

2. Versicherungsschutz

2.1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem von ÖKK dem Antragsteller schriftlich mitgeteilten Tag des Versicherungsbeginns, frühestens jedoch mit dem auf der Versicherungspolice bestätigten Datum.

2.2. Voraussetzungen des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz ist gegeben, sofern die versicherte Person im Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsschutzes vollumfänglich arbeitsfähig ist, nicht in periodischer ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht und sofern ihre anfängliche oder später zusätzlich zu versichernde Leistungen bestimmte, vom Versicherer vordefinierte Summengrenzen, nicht übersteigen. Anderenfalls ist der Versicherungsschutz nicht gegeben bzw. wird die Versicherungssumme auf die zulässigen Werte angepasst (vgl. Ziffer 4.3.2.).

2.3. Kein Versicherungsschutz

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Versicherungsfall auf eine Krankheit, ein Gebrechen oder auf Unfallfolgen zurückzuführen ist, die schon vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden haben.

Kein Versicherungsschutz besteht zudem für Kleinkinder in den ersten 90 Lebenstagen, gerechnet vom Tag der Geburt sowie für Versicherungsfälle, welche auf eine Krankheit, ein Gebrechen oder auf Unfallfolgen innerhalb dieser ersten 90 Lebenstage zurückzuführen sind.

2.4. Wegfall des Versicherungsschutzes

Leistet die versicherte Person militärische Einsätze in Krisengebieten zur Durchsetzung friedenserhaltender Massnahmen (z.B. UNO-Blauhelme, OSZE-Gelbmützen etc.), entfällt der Versicherungsschutz.

2.5. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz besteht in allen Teilen der Welt.

3. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

3.1. Beginn und Dauer der Versicherung

Die Versicherung beginnt frühestens ab Geburt und spätestens am Tag der Vollendung des 60. Altersjahrs der versicherten Person (Abschlussalter).

Das Versicherungsverhältnis dauert längstens bis zum Tag der Vollendung des 65. Altersjahrs der versicherten Person (Schlussalter). Der Versicherungsabschluss ist vor dem Erreichen des Abschlussalters der versicherten Person jederzeit, auch während des Kalenderjahres, möglich. Die Versicherung kann mit Beginn auf jeden Monatsersten beantragt werden.

3.2. Änderung der Versicherung

Eine Erhöhung der Versicherungssumme ist im Rahmen der vom Versicherer vordefinierten Alterskategorien und Versicherungssummen (vgl. Ziffer 4.3.2.) vor Erreichen des Abschlussalters der versicherten Person durch einen entsprechenden Antrag jederzeit möglich.

3.3. Sistierung der Versicherung

Eine Sistierung der Versicherung ist nicht möglich.

3.4. Beendigung der Versicherung

Die Versicherung und mithin der Versicherungsschutz erlischt in folgenden Fällen:

- Bei Tod der versicherten Person.
- Bei Wegzug ins Ausland (ausser bei Erwerb des Grenzgängerstatuts).
- Bei Erreichen des Schlussalters am Tag nach Vollendung des 65. Altersjahres.
- Bei Auszahlung eines Invaliditätskapitals erlischt die Invaliditätskapitalversicherung.
- Bei Kündigung gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen (GB ÖKK).

4. Leistungen

4.1. Leistungsüberblick

Der Versicherer erbringt der/den anspruchsberechtigten Person/en im Rahmen des Versicherungsschutzes folgende Leistungen im Todesfall und bei Invalidität infolge Krankheit:

- Im Todesfall
 - Todesfallkapital.
- Bei voraussichtlich dauernder Erwerbsunfähigkeit (Invalidität)
 - Invaliditätskapital.

4.2. Begriffsdefinitionen

4.2.1. Invalidität

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit.

4.2.2. Krankheit

Als Krankheit gilt eine vom Willen einer versicherten Person unabhängige Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die von einem Arzt feststellbar und nicht Folge eines Unfalls ist.

4.2.3. Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten.

4.2.4. Erwerbsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und

nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

Die versicherte Person gilt als erwerbsunfähig, wenn sie zufolge medizinisch objektiv nachgewiesener Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben und sie dadurch gleichzeitig einen Erwerbsausfall erleidet.

Eine Erwerbsunfähigkeit wird als dauernd anerkannt, wenn die versicherte Person den Nachweis erbracht hat, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung der Erwerbsfähigkeit nicht erwartet werden kann, und dass die Erwerbsunfähigkeit voraussichtlich lebenslänglich sein wird.

4.2.5. Zumutbarkeit

Zumutbar ist eine Tätigkeit, wenn sie den Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person entspricht, auch wenn die hierfür benötigten Kenntnisse erst durch eine Umschulung erworben werden müssen.

4.3. Versicherungssummen

4.3.1. Höhe der Versicherungssummen

Massgebend sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Versicherungssummen.

Das gesetzliche Todesfallkapital beträgt bei Kleinkindern, die noch nicht 2 1/2 Jahre alt sind, höchstens CHF 2'500.-.

4.3.2. Höchstversicherungssummen

Die Höchstversicherungssummen sind vom Alter der versicherten Person gemäss nachstehender Tabelle abhängig.

Alterskategorie	Höchstversicherungssumme Tod (CHF)	Höchstversicherungssumme Invalidität (CHF)
Kleinkinder von 0-3 Jahre	20'000.-*	150'000.-
Kinder von 4-15 Jahre	20'000.-	150'000.-
Erwachsene von 16-50 Jahre	300'000.-	300'000.-
Erwachsene von 51-55 Jahre	200'000.-	200'000.-
Erwachsene von 56-65** Jahre	100'000.-	100'000.-

* Das gesetzliche Todesfallkapital beträgt bei Kleinkindern, die noch nicht 2 1/2 Jahre alt sind, höchstens CHF 2'500.-.

** Bis Schlussalter gemäss Ziffer 3.1.

Bei Erreichen einer neuen Alterskategorie werden die Versicherungssummen auf die Höchstversicherungssummen der entsprechenden Alterskategorie reduziert und die Prämien entsprechend angepasst. Andernfalls bleiben die Versicherungssummen unverändert.

4.3.3. Überholende Kausalität

Stirbt die versicherte Person vor Ausrichtung der Invaliditätskapitalleistung, wird lediglich die versicherte Todesfallsumme ausbezahlt. Ist keine Todesfallleistung versichert, entfällt die Invaliditätskapitalleistung, wenn die versicherte Person vor deren Ausrichtung stirbt.

4.3.4. Degressive Abnahme der Kapitalleistungen nach dem 56. bis 65. Altersjahr

Die Todesfall- und Invaliditätskapitalleistungen nehmen ab Alter 57-65 Jahren degressiv bei unveränderten Prämien um jährlich 10% der Versicherungssumme gemäss nachstehender Tabelle ab.

Alter	Versichertes Kapital max. CHF	Kapitalleistung	Auszahlungsbetrag max. CHF	Prämie
56. Altersjahr	100'000.–	100%	100'000.–	100%
57. Altersjahr	100'000.–	90%	90'000.–	100%
58. Altersjahr	100'000.–	80%	80'000.–	100%
59. Altersjahr	100'000.–	70%	70'000.–	100%
60. Altersjahr	100'000.–	60%	60'000.–	100%
61. Altersjahr	100'000.–	50%	50'000.–	100%
62. Altersjahr	100'000.–	40%	40'000.–	100%
63. Altersjahr	100'000.–	30%	30'000.–	100%
64. Altersjahr	100'000.–	20%	20'000.–	100%
65. Altersjahr	100'000.–	10%	10'000.–	100%

4.4. Invaliditätskapital

4.4.1. Anspruch auf das Invaliditätskapital

Der Anspruch der versicherten Person auf das vereinbarte Invaliditätskapital entsteht, wenn die versicherte Person vor Erreichen des Schlussalters voraussichtlich dauernd erwerbsunfähig wird.

4.4.2. Zeitpunkt des Anspruchs auf das Invaliditätskapital

Der Versicherer erbringt das Invaliditätskapital frühestens nach einer Wartefrist von 24 Monaten. Die Wartefrist beginnt an dem Tag, an welchem die versicherte Person erstmals einen Arzt hinsichtlich der die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Krankheit konsultiert hat und dieser eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% attestiert.

Bei einem Rückfall bzw. bei einer erneuten Arbeitsunfähigkeit aufgrund des früheren Leidens innerhalb von 12 Monaten nach Ende einer bereits gemeldeten Arbeitsunfähigkeit wird keine neue Wartefrist angerechnet.

Werden Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung früher erbracht, oder steht die dauernde Erwerbsunfähigkeit vor Ablauf der Wartefrist definitiv fest, kann das versicherte Invaliditätskapital ganz oder teilweise vorher erbracht werden. Der Versicherer entscheidet hierüber im Einzelfall.

4.4.3. Bemessungsgrundlagen der Invaliditätskapitalleistung
Massgebend für die Bemessung der Kapitalleistung sind das versicherte Invaliditätskapital, das entsprechende Alter zu Beginn der Wartefrist, welche die Arbeitsunfähigkeit in medizinischer Hinsicht erstmals belegt sowie der durch den Versicherer festgesetzte Erwerbsunfähigkeitsgrad der versicherten Person.

4.4.4. Abstufung der Invaliditätskapitalleistung

Die Invaliditätskapitalleistung wird in Abhängigkeit vom Grad der Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person abgestuft und bestimmt.

- Bei einer Erwerbsunfähigkeit von 70% bis 100% besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Ausrichtung des gesamten Invaliditätskapitals.
- Bei einer Erwerbsunfähigkeit von 50% bis unter 70% besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Ausrichtung des Invaliditätskapitals im Verhältnis zum festgesetzten Invaliditätsgrad.
- Bei einer Erwerbsunfähigkeit unter 50% besteht kein Anspruch auf Ausrichtung eines Invaliditätskapitals.

4.4.5. Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades

Bei Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades nach ausgerichtetem Invaliditätskapital findet keine Leistungsanpassung gemäss dem neuen Grad der Erwerbsunfähigkeit statt.

4.4.6. Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei erwerbstätigen Erwachsenen

Bei Erwerbstätigen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit aufgrund des von der versicherten Person erlittenen Erwerbsausfalles ermittelt.

Bei Erwerbstätigen mit regelmässigem Einkommen gilt das AHV-pflichtige Einkommen im Monat vor Beginn der Wartefrist als Grundlage für die Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades. Zur Ermittlung des Erwerbsausfalles bei Erwerbstätigen mit schwankendem oder unregelmässigem Einkommen wird der Durchschnitt des AHV-pflichtigen Einkommens der letzten 2 Kalenderjahre vor Beginn der Wartefrist herangezogen.

Bei Selbständigerwerbenden wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit entweder aufgrund des Durchschnitts des AHV-pflichtigen Einkommens der letzten 2 Kalenderjahre vor Beginn der Wartefrist oder aufgrund des von der versicherten Person erlittenen tatsächlichen Erwerbsausfalles der letzten beiden Geschäftsjahre ermittelt. Hierzu wird das vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erzielte Einkommen aus Erwerbstätigkeit mit demjenigen verglichen, das die versicherte Person nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit noch erzielen könnte; die Differenz, ausgedrückt in Prozent des bisherigen Einkommens, ergibt den Grad der Erwerbsunfähigkeit.

4.4.7. Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei nicht- oder teilerwerbstätigen Erwachsenen

Bei Nichterwerbstätigen und bei Erwerbstätigen, die ihre Erwerbstätigkeit aus nicht gesundheitlichen Gründen vollständig oder teilweise aufgeben, wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit mit Hilfe eines Tätigkeitsvergleichs ermittelt. Zu diesem Zweck werden die Tätigkeiten und Aufgaben der versicherten Person vor und nach Eintritt der Krankheit bemessen, gewichtet und verglichen. Die vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit ausgeführten Tätigkeiten und Aufgaben werden mit denjenigen, welche nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit noch ausgeführt werden können, in Bezug gesetzt. Die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Tätigkeits- und Aufgabenbereich zu betätigen wird der Erwerbsunfähigkeit gleichgestellt. Die Differenz, ausgedrückt in Prozent der bisherigen Tätigkeiten, ergibt den Grad der Erwerbsunfähigkeit.

Bei Teilerwerbstätigen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit analog der gemischten Methode der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) ermittelt.

4.4.8. Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei Kleinkindern und Kindern

Die Erwerbsunfähigkeit von Kleinkindern und Kindern wird daran bemessen, in welchem Grad die versicherte Person ausserstande sein wird, eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

Bei Kindern, welche noch keine Berufsausbildung aufgenommen haben, wird die Erwerbsunfähigkeit daran gemessen, ob und in welchem Umfang es der versicherten Person möglich sein wird, später eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Der Grad der Erwerbsunfähigkeit entspricht der voraussichtlichen Einkommensreduktion aufgrund der reduzierten Erwerbsfähigkeit im Verhältnis zum Einkommen, das sich nach dem jährlich aktualisierten Medianwert gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik richtet.

Bei Kindern, welche sich in einer Berufsausbildung befinden, gilt als Bemessungsgrundlage das Einkommen, welches bei Abschluss der begonnenen Berufsausbildung auf dem in Betracht kommenden Arbeitsmarkt zu erzielen gewesen wäre. Der Grad der Erwerbsunfähigkeit entspricht der voraussichtlichen Einkommensreduktion aufgrund der reduzierten Erwerbsfähigkeit im Verhältnis zum

Einkommen, das sich nach dem jährlich aktualisierten Medianwert gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik richtet und dem Beruf entspricht, für den die Ausbildung begonnen wurde.

4.5. Todesfallkapital

4.5.1. Anspruch auf das Todesfallkapital

Der Anspruch auf das Todesfallkapital entsteht bei Tod der versicherten Person vor Erreichen des Schlusalters.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, die Todesfallkapitalleistung zu kürzen, wenn der Tod durch die versicherte Person grobfahrlässig herbeigeführt wurde.

4.5.2. Bemessungsgrundlagen der Todesfallkapitalleistung
Massgebend für die Bemessung der Kapitalleistung sind das versicherte Todesfallkapital, sowie das Alter der versicherten Person im Zeitpunkt des Todes.

4.5.3. Begünstigung

Das Todesfallkapital erhalten die im Antrag begünstigten Personen. Eine Änderung der begünstigten Personen ist bis zum Tod jederzeit möglich und frei wählbar. Eine Änderung der Begünstigung ist schriftlich mitzuteilen.

Ist im Vertrag keine begünstigte Person aufgeführt, findet die ordentliche Begünstigungsordnung Anwendung, welche den überlebenden Ehegatten, bei dessen Fehlen, die Kinder und bei deren Fehlen die weiteren gesetzlichen Erben der versicherten Person als begünstigte Personen der Todesfallkapitalleistung vorsieht.

4.6. Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen

4.6.1. Bei Unfall

Kein Anspruch auf Leistungen im Todesfall und bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit besteht, wenn das versicherte Ereignis durch einen Unfall gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen (GB ÖKK) verursacht worden ist.

Berufskrankheiten im Sinne des UVG begründen ebenfalls keinen Anspruch auf Leistungen im Todesfall und bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit.

4.6.2. Bei unfallähnlichen Körperschädigungen

Kein Anspruch auf Leistungen bei Tod und Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit besteht bei unfallähnlichen Körperschädigungen. Als unfallähnliche Körperschädigungen und nicht als Krankheiten gelten:

- Gesundheitsschädigungen und deren Folgen durch unfreiwilliges Einatmen von Gasen und Dämpfen oder durch unabsichtliches Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen.
- Die in den Gemeinsamen Bestimmungen (GB ÖKK) aufgeführten Körperschädigungen.
- Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen und deren Folgen, ausgenommen Sonnenbrand.
- Unfreiwilliges Ertrinken.

4.6.3. Bei absichtlicher Herbeiführung der Erwerbsunfähigkeit
Kein Anspruch auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit besteht, wenn die versicherte Person ihre Erwerbsunfähigkeit bzw. Krankheit absichtlich herbeigeführt hat (u.a. Selbstverletzung, versuchte Selbsttötung). Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung, welche zu ihrer Erwerbsunfähigkeit führte, in urteilsunfähigem Zustand vorgenommen hat.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, die Invaliditätskapitalleistung zu kürzen, wenn die Erwerbsunfähigkeit durch die versicherte Person grobfahrlässig herbeigeführt wurde.

4.6.4. Bei vorgeburtlichen Körperschädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen

Kein Anspruch auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit und Tod besteht, wenn die Erwerbsunfähigkeit bzw. der Tod der versicherten Person auf vorgeburtlichen Körperschädigungen, Geburtsgebrechen oder deren Folgen beruht.

4.6.5. Bei Selbsttötung und bei Tod infolge eines Selbsttötungsversuchs

Kein Anspruch auf Leistung bei Tod besteht, wenn die versicherte Person infolge Selbsttötung oder an den Folgen eines Selbsttötungsversuches innerhalb von 3 Jahren nach Antragsstellung stirbt. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung, welche zum Tode führte, in urteilsunfähigem Zustand oder in verminderter Urteilsfähigkeit vorgenommen hat.

4.6.6. Bei ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie
Kein Anspruch auf Leistungen bei Tod und Erwerbsunfähigkeit besteht, wenn die versicherte Person der Einwirkung ionisierender Strahlen aus Atomenergie ausgesetzt war und dadurch erkrankt ist.

4.7. Reduzierter Anspruch auf Versicherungsleistungen

4.7.1. Zusammentreffen verschiedener Ursachen

Treffen verschiedene Ursachen zusammen, werden vom Versicherer Ansprüche in der Höhe anerkannt, die nicht Gegenstand der Unfall- oder Militärversicherung sind.

4.7.2. Zusammentreffen der Invaliditäts- und Todesfallkapitalleistung

Im Todesfall wird das bereits zu Lebzeiten ausgerichtete Invaliditätskapital an die versicherte Person vom Todesfallkapital in Abzug gebracht.

4.8. Sicherung und Auszahlung der Leistungen

4.8.1. Unveräusserlichkeit der Ansprüche

Sämtliche Leistungen aus dieser Versicherung (AVB KTI) sind ausschliesslich für den persönlichen Unterhalt der anspruchsberechtigten Personen bestimmt. Eine Verpfändung, Abtretung oder betriebsrechtliche Pfändung der Leistungen ist vor ihrer Fälligkeit nicht möglich.

4.8.2. Prüfung des Versicherungsanspruches

Die zur Anspruchsprüfung einzureichenden Unterlagen umfassen grundsätzlich:

- Bei Tod:
Familienregisterauszug / Ärztliches Todesfallzeugnis / Amtliche Todesfallbescheinigung.
- Bei Erwerbsunfähigkeit:
Ärztliches Zeugnis / Krankheitsunterlagen/IV-Akten / AHV-Auszug / Lohnausweise, Lohnabrechnungen und Bilanzen.

Der Versicherer ist berechtigt, weitere Auskünfte und Nachweise zu verlangen oder selbst einzuholen sowie die versicherte Person jederzeit durch einen Vertrauensarzt untersuchen zu lassen. Der Arzt der versicherten Person ist gegenüber dem Versicherer vom Arztgeheimnis entbunden.

4.8.3. Auszahlung der Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistung wird ausbezahlt, wenn die anspruchsberechtigten Personen sämtliche Unterlagen beigebracht haben,

welche zur Prüfung und Beurteilung des Leistungsanspruchs benötigt werden.

Die Versicherungsleistung wird mit dem Ablauf von vier Wochen, von dem Zeitpunkte an gerechnet, fällig, in dem der Versicherer sämtliche Unterlagen und Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruches überzeugen kann. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Versicherungsprämien geschuldet.

Die Versicherungsleistungen werden in Schweizer Franken (CHF) erbracht.

5. Besondere Bestimmungen

5.1. Mitwirkungspflichten bei Krankheit

Die versicherte Person ist im Rahmen ihrer Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht gehalten, dem Versicherer die Ermächtigung zu erteilen, bei Spitälern, Ärzten, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften sowie bei Sozialversicherungsinstitutionen und bei Dritten Auskünfte und Akten einzuverlangen sowie diese Institutionen von der Schweigepflicht zu entbinden.

Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer umgehend jede verlangte Auskunft über den früheren und gegenwärtigen Gesundheitszustand sowie über den Verlauf der Krankheit zu geben.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, die versicherte Person durch von ihr bezeichnete Ärzte untersuchen zu lassen. Die versicherte Person hat sich den Untersuchungen und Anordnungen der vom Versicherer auf seine Kosten beauftragten Ärzte zu unterziehen.

Kommen die anspruchsberechtigten Personen einer dieser Obliegenheiten nicht nach, so tritt die Fälligkeit des Leistungsanspruchs nicht ein und der Versicherer ist befugt, die Leistungen zu verweigern. In diesem Fall dauert die Prämienzahlungspflicht an.

5.2. Prämien

Die Prämien werden aufgrund der Alterskategorie der versicherten Person und der Höhe der Versicherungssummen berechnet. Die Prämien bleiben jeweils für ein Kalenderjahr garantiert. Es besteht keine Tarifgarantie.

5.3. Verhalten im Schadenfall

Eine eingetretene Erwerbsunfähigkeit, die voraussichtlich die Leistungspflicht des Versicherers auslöst, ist ohne Verzug zu melden.

Ein Todesfall ist umgehend, spätestens innert 10 Tagen zu melden.

Zudem sind die zur Prüfung und Beurteilung des Versicherungsanspruchs notwendigen Unterlagen umgehend einzureichen.

5.4. Mitteilungen und Anzeigen

Alle Mitteilungen und Anzeigen sind an ÖKK zu richten. Die Leistungsausrichtung des Versicherers im Versicherungsfall erfolgt über ÖKK.

5.5. Militärdienst

Aktiver Dienst zur Wahrung der schweizerischen Neutralität sowie zur Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung im Innern, beides ohne kriegerische Handlungen, gilt als Militärdienst in Friedenszeiten und ist als solcher in der vorliegenden Versicherung eingeschlossen.

Für den Fall, dass die Schweiz Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen wird, gelten die entsprechenden vom Bundesrat erlassenen Vorschriften.

5.6. Erfüllungsort

Erfüllungsort ist der schweizerische oder liechtensteinische Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person. Bei Fehlen eines solchen Wohnsitzes gilt der Sitz von ÖKK als Erfüllungsort.

5.7. Gerichtsstand und anwendbares Recht

Bei Streitigkeiten aus diesem Vertrag steht den anspruchsberechtigten Personen wahlweise der Gerichtsstand an ihrem schweizerischen Wohnsitz oder am Gesellschaftssitz des Versicherers (Schweizerische National Leben AG, Bottmingen) offen. Auf den vorliegenden Vertrag findet ausschliesslich schweizerisches Recht Anwendung.

5.8. Inkrafttreten und Änderungen

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB KTI) treten am 1. Januar 2010 in Kraft.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB KTI) werden der versicherten Person mindestens 3 Monate vor Inkrafttreten bekannt gegeben.

ÖKK COMPENSA

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2010

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung

- 1.1. Zweck
- 1.2. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) und Gemeinsame Bestimmungen

2. Aufnahmebedingungen

3. Örtliche Geltung

- 3.1. Allgemeines
- 3.2. Arbeitsunfähigkeit im Ausland
- 3.3. Auslandsaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit

4. Versicherungsvarianten

5. Verfahren bei Versicherungsabschluss

- 5.1. Ärztliches Zeugnis
- 5.2. Übertritt aus der Kollektivversicherung
- 5.3. AHV-Rentenalter

6. Kündigung

- 6.1. Ausserordentliche Kündigung
- 6.2. Übrige Beendigungsgründe

7. Versicherungsumfang

- 7.1. Höhe des versicherten Taggeldes
- 7.2. Bemessungsgrundlage der Taggelder
 - 7.2.1. Im Allgemeinen
- 7.3. Maximaldeckung
 - 7.3.1. Versicherbares Taggeld
 - 7.3.2. Selbständigerwerbende
 - 7.3.3. Angestellte
 - 7.3.4. Nicht-Erwerbstätige
 - 7.3.5. Arbeitslose Personen
- 7.4. Unfall-Deckung
- 7.5. Geburt
- 7.6. Leistungsbeginn und Wartefristen
- 7.7. Anpassung der Versicherung
 - 7.7.1. Anpassung an die Teuerung
 - 7.7.2. Arbeitslose Personen

8. Leistungen

- 8.1. Leistungsvoraussetzung
 - 8.1.1. Arbeitsunfähigkeit
 - 8.1.2. Ärztliches Zeugnis
- 8.2. Leistungsumfang
 - 8.2.1. Im Allgemeinen
 - 8.2.2. Selbständigerwerbende und Nicht-Erwerbstätige
 - 8.2.3. Angestellte
 - 8.2.4. Teilweise Arbeitsunfähigkeit
 - 8.2.5. Unfall
 - 8.2.6. Geburt
- 8.3. Leistungsdauer
 - 8.3.1. Grundsatz
 - 8.3.2. Geburt
 - 8.3.3. AHV-Rentenalter
 - 8.3.4. Arbeitslose Personen
 - 8.3.5. Übertritt aus der Kollektivversicherung
- 8.4. Leistungsbeschränkungen
 - 8.4.1. Leistungsausschluss
 - 8.4.2. Leistungseinschränkungen
 - 8.4.3. Rückerstattungspflicht

9. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

- 9.1. Meldepflicht
- 9.2. Auskunftspflicht

10. Prämien und Zahlungen

- 10.1. Prämienhöhe
- 10.2. Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR)
 - 10.2.1. Grundsatz
 - 10.2.2. Beobachtungsperiode
 - 10.2.3. Rabattstufen
 - 10.2.4. Stufenanpassung bei Leistungsbezug
 - 10.2.5. Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit
 - 10.2.6. Änderung der Versicherungsdeckung
- 10.3. Leistungsausrichtung
 - 10.3.1. Auszahlung von Taggeldern
 - 10.3.2. Taggelder bei Geburt

11. Leistungen Dritter

- 11.1. Angestellte und Nicht-Erwerbstätige
- 11.2. Selbständigerwerbende

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Zweck

Die ÖKK COMPENSA (Erwerbsausfall-Versicherung für Einzelpersonen nach VVG) wird gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag durchgeführt.

Sie dient der Deckung des Erwerbsausfalls, der durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfall oder Geburt entstanden ist.

ÖKK COMPENSA wird auch Nicht-Erwerbstätigen angeboten.

1.2. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) und Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der ÖKK Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die ÖKK COMPENSA. Bei Abweichungen gehen die AVB den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

2. Aufnahmebedingungen

Selbständigerwerbende, Angestellte und Nicht-Erwerbstätige (Hausfrauen und Hausmänner, Personen in Ausbildung und im Familienbetrieb mitarbeitende Angehörige ohne Barlohn) können in ÖKK COMPENSA aufgenommen werden, sofern sie

- mindestens das 15. Altersjahr zurückgelegt und das 60. Altersjahr noch nicht vollendet haben
- bei Antragstellung voll arbeitsfähig sind
- ihren Wohnsitz in der Schweiz oder im grenznahen Ausland haben.

3. Örtliche Geltung

3.1. Allgemeines

Die Versicherung gilt weltweit.

3.2. Arbeitsunfähigkeit im Ausland

Bei privaten Ferienreisen ins Ausland werden die versicherten Taggeldleistungen nur bei Spitalaufenthalt ausgerichtet. Diese Regelung gilt auch für Grenzgängerinnen und Grenzgänger ausserhalb der Schweiz sowie ausserhalb ihres Wohnortes. Vorbehalten bleibt ein Aufenthalt aus beruflichen Gründen.

3.3. Auslandsaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit

Begibt sich eine arbeitsunfähige versicherte Person, die Anspruch auf Leistungen hat, ohne Zustimmung der Kasse ins Ausland, besteht während der Zeit des Auslandsaufenthaltes kein Anspruch auf Leistungen. Diese Einschränkung gilt nicht für Grenzgängerinnen und Grenzgänger bei Aufenthalt in der Schweiz.

4. Versicherungsvarianten

Folgende Versicherungsvarianten können gewählt werden:

- Taggeld bei Krankheit
- Taggeld bei Unfall
- Taggeld bei Krankheit und Unfall.

Diese Versicherungsvarianten können mit unterschiedlicher Leistungsdauer abgeschlossen werden.

5. Verfahren bei Versicherungsabschluss

5.1. Ärztliches Zeugnis

Die Kasse kann ein ärztliches Zeugnis oder eine vertrauensärztliche Untersuchung verlangen. Sie kann die Ärztin oder den Arzt bestimmen und trägt die Kosten.

5.2. Übertritt aus der Kollektivversicherung

Für den Übertritt aus der Kollektiv- in die Einzelversicherung gelten die AVB der Erwerbsausfall-Versicherung für Unternehmungen (VVG).

5.3. AHV-Rentenalter

Versicherte Personen, die bei Erreichen des AHV-Rentenalters weiterhin erwerbstätig sind, können eine Weiterversicherung beantragen. Diese dauert längstens bis zum vollendeten 70. Altersjahr.

6. Kündigung

6.1. Ausserordentliche Kündigung

Ist die versicherte Person durch eine neue arbeitsrechtliche Situation beim neuen Arbeitgeber gleichwertig gegen Erwerbsausfall versichert, kann die Kündigung in Abweichung von der ordentlichen Kündigung mit Genehmigung der Kasse unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf Monatsende erfolgen.

6.2. Übrige Beendigungsgründe

Neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen erwähnten Beendigungsgründen erlischt die Versicherung in folgenden Fällen:

- a) bei Aufgabe der Geschäftstätigkeit der selbständigerwerbenden versicherten Person
- b) bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland, ausgenommen ist die Verlegung ins grenznahe Ausland
- c) bei Konkurseröffnung über die selbständigerwerbende versicherte Person
- d) bei Pensionierung. Es kann jedoch eine Weiterversicherung bis zum vollendeten 70. Altersjahr beantragt werden
- e) bei Wegzug ins Ausland, ausgenommen ist die Wohnsitznahme ins grenznahe Ausland.

Der Versicherer kann innert 30 Tagen vom Vertrag zurücktreten:

- f) wenn sich die versicherte Person Verfügungen der Kasse oder Anordnungen der Ärztin oder des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt
- g) bei verschuldeten Verletzungen der AVB.

7. Versicherungsumfang

7.1. Höhe des versicherten Taggeldes

Die Höhe des Taggeldes wird zwischen der versicherten Person und der Kasse vereinbart.

7.2. Bemessungsgrundlage der Taggelder

7.2.1. Im Allgemeinen

Das Taggeld errechnet sich als der 365. Teil des versicherten Erwerbsausfalls eines Jahres. Die ermittelten Taggelder werden für jeden Kalendertag ausgerichtet.

7.3. Maximaldeckung

7.3.1. Versicherbares Taggeld

Das versicherbare Taggeld ist auf CHF 200'000.– pro Jahr begrenzt. Für Personen, die aus einer Kollektivversicherung von ÖKK übertreten, ist es auf CHF 250'000.– pro Jahr begrenzt.

7.3.2. Selbständigerwerbende

Versicherte Personen, deren Einkommen aus einer selbständigen Erwerbstätigkeit stammt, können neben ihrem AHV-pflichtigen Einkommen gemäss letzter Beitragsverfügung zusätzlich die nachweisbaren Gewinnungskosten versichern. Dies sind Kosten, die die versicherte Person direkt betreffen, mit dem Erwerb in direktem Zusammenhang stehen und die während der Arbeitsunfähigkeit weiter bestehen, insbesondere Fixkosten für Geschäftsmiete, Auto, Versicherungen, Abschreibungen von Maschinen u.ä.

7.3.3. Angestellte

Versicherte Personen, deren Einkommen aus einem unselbständigen Arbeitsverhältnis stammt, können sich bis zur Höhe des AHV-pflichtigen Bruttolohnes versichern.

7.3.4. Nicht-Erwerbstätige

Hausfrauen und Hausmänner, Personen in Ausbildung und im Familienbetrieb mitarbeitende Angehörige ohne Barlohn können sich bis zur Höhe der einfachen AHV-Maximalrente versichern.

7.3.5. Arbeitslose Personen

Die Maximaldeckung für arbeitslose Personen entspricht der Höhe der entgangenen Arbeitslosenentschädigung.

7.4. Unfall-Deckung

Die Unfall-Deckung kann miteingeschlossen bzw. allein versichert werden.

7.5. Geburt

Im Krankentaggeld ist die Deckung des Erwerbsausfalls infolge Geburt miteingeschlossen.

7.6. Leistungsbeginn und Wartezeiten

Der Versicherer bietet Taggeld-Versicherungen mit unterschiedlichem Leistungsbeginn an.

Der Anspruch auf Leistungen beginnt nach Ablauf der Wartezeit. Die Wartezeit beginnt am Tag, an dem nach ärztlicher Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeit einsetzt, frühestens jedoch 3 Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Wartezeiten bis und mit 21 Tage werden für jeden Krankheitsfall oder Unfall neu berechnet. Längere Wartezeiten gelten nur einmal pro Kalenderjahr.

Als Wartetage gelten Tage, an denen eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% besteht.

Der Versicherer bezahlt das Taggeld gemäss dem gewählten Leistungsbeginn nach Eintritt der Bezugsberechtigung für jene Tage, an denen eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

Bei Eintritt ins AHV-Rententalter wird eine vereinbarte Wartezeit von 60 Tagen und mehr auf eine Wartezeit von 30 Tagen umgewandelt.

7.7. Anpassung der Versicherung

7.7.1. Anpassung an die Teuerung

Die versicherte Person kann die Anpassung seiner Versicherung an die jährliche Teuerung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise verlangen. ÖKK gewährt diese Anpassung ohne Risikoprüfung, sofern in den letzten 2 Jahren keine Arbeitsunfähigkeit

und kein Bezug von Taggeldern besteht. Die Anpassung ist für die letzten zwei abgeschlossenen Kalenderjahre möglich.

Im Weiteren kann die versicherte Person jederzeit die Anpassung ihrer Versicherung an die reale Lohnentwicklung zu den Bedingungen der Höherversicherung beantragen.

7.7.2. Arbeitslose Personen

Arbeitslose Personen können ihre Versicherung gegen eine entsprechende Prämienanpassung unabhängig von ihrem Gesundheitszustand in eine solche mit einer Wartezeit von 30 Tagen umwandeln. Der Betrag des versicherten Taggeldes wird auf Beginn der Arbeitslosigkeit auf die Höhe der Arbeitslosenentschädigung herabgesetzt.

8. Leistungen

8.1. Leistungsvoraussetzung

8.1.1. Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Unfall oder Geburt ganz oder teilweise ausserstande ist, ihre bisherige oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% besteht.

8.1.2. Ärztliches Zeugnis

Taggelderleistungen setzen eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person voraus.

ÖKK kann die Ärztin resp. den Arzt bestimmen.

8.2. Leistungsumfang

8.2.1. Im Allgemeinen

Die Leistungen bemessen sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang und den vorliegenden Versicherungsbedingungen.

8.2.2. Selbständigerwerbende und Nicht-Erwerbstätige

Bei Selbständigerwerbenden und Nicht-Erwerbstätigen erbringt der Versicherer die vereinbarte Taggeldsumme.

8.2.3. Angestellte

Bei Angestellten dürfen die gesamthaft erbrachten Taggelderleistungen den entgangenen Verdienst der versicherten Person nicht übersteigen.

8.2.4. Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% wird das Taggeld entsprechend gekürzt.

Arbeitslosen Personen wird bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25% und höchstens 50% das halbe Taggeld, bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50% das volle Taggeld ausgerichtet.

8.2.5. Unfall

Ist das Unfallrisiko versichert, werden die Leistungen bei Unfall im gleichen Umfang wie bei Krankheit ausgerichtet.

8.2.6. Geburt

Taggelder bei Geburt werden erbracht, sofern vor der Geburt bei ÖKK oder einem anderen Versicherer eine gleichwertige Deckung von mindestens 270 Tagen ohne Unterbruch (Karenzfrist bei Mutterschaft) bestanden hat.

Versicherte Personen, die ihre Erwerbstätigkeit früher als 8 Wochen vor der Geburt aufgeben oder keine Mutterschaftsentschädigung nach dem Erwerbsersatzgesetz (EOG) erhalten, gelten als nicht erwerbstätig.

Bei Geburt leistet ÖKK COMPENSA in Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG bis zum effektiven Einkommen, höchstens jedoch die vereinbarte Taggeldsumme.

8.3. Leistungsdauer

8.3.1. Grundsatz

Für Krankheit und Unfall zusammen wird das versicherte Taggeld während maximal 730, resp. 365 Tagen ausbezahlt. Die Leistungsdauer ist in der Versicherungs-Police aufgeführt und bemisst sich je Versicherungsfall.

Krankheit oder Unfallfolgen gelten als neuer Versicherungsfall, wenn die versicherte Person seit dem Ende des letzten Leistungsbezugs während 12 Monaten ununterbrochen arbeitsfähig war.

Die vereinbarte Wartezeit wird an die maximale Leistungsdauer angerechnet. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Leistungsdauer als ganze Tage.

8.3.2. Geburt

Der Leistungsanspruch beginnt am Tag der Geburt.

Für ein Taggeld, das vor der Geburt während mindestens 3 vollen Versicherungsjahren in gleicher Höhe versichert war, erstreckt sich die maximale Leistungsdauer auf 16 Wochen, d.h. zusätzlich zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG 2 Wochen in Höhe des versicherten Taggeldes bei Geburt. Bei kürzerer Versicherungsdauer beträgt die Leistungsdauer 8 Wochen.

Bei Geburt gilt die gleiche Wartezeit wie bei Krankheit. Die Wartezeit wird unabhängig von Krankheit und Unfall an die Leistungsdauer bei Geburt angerechnet. Wurde die Wartezeit infolge Schwangerschaftskomplikationen an die Leistungsdauer angerechnet, wird beim Geburtengeld auf eine erneute Anrechnung der Wartezeit verzichtet.

Die Taggelder bei Geburt werden an die maximale Leistungsdauer eines Versicherungsfalles angerechnet.

8.3.3. AHV-Rentalter

Bei Weiterversicherung im AHV-Rentalter besteht ein Anspruch auf das versicherte Taggeld für 90 Tage, für Personen, die aus einer Kollektivversicherung von ÖKK übertreten, 180 Tage, längstens jedoch bis zum vollendeten 70. Lebensjahr.

8.3.4. Arbeitslose Personen

Arbeitslose Personen erhalten das versicherte Taggeld längstens bis zur Beendigung der maximalen Bezugsdauer gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung.

8.3.5. Übertritt aus der Kollektivversicherung

Für versicherte Personen, die aus dem Versichertenkreis der Kollektivversicherung ausgeschieden sind und nach Skaladeckung gemäss Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Erwerbsausfall-Versicherung für Unternehmungen (VVG) versichert waren, beträgt die maximale Leistungsdauer 365 Tage.

8.4. Leistungsbeschränkungen

8.4.1. Leistungsausschluss

Neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen erwähnten Leistungsausschlüssen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen:

- a) für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind
- b) bei Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die durch eine vom Versicherer nicht anerkannte Ärztin resp. Arzt oder Chiropraktorin resp. Chiropraktor ausgestellt wurde

- c) wenn die versicherte Person vorsätzlich unrechtmässig Leistungen bezieht oder zu beziehen versucht
- d) wenn der Grad der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person weniger als 25% beträgt
- e) für Angestellte während der Dauer eines unbezahlten Urlaubes
- f) nach Beendigung des Versicherungsvertrages.

8.4.2. Leistungseinschränkungen

Neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen erwähnten Leistungseinschränkungen können Leistungen gekürzt werden:

- a) wenn die Krankheit oder die Unfallfolgen nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit sind
- b) wenn sich die versicherte Person Verfügungen der Kasse oder Anordnungen der Ärztin oder des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt
- c) wenn die versicherte Person eine von der Kasse verlangte vertrauensärztliche Kontrolluntersuchung verweigert
- d) wenn die versicherte Person sich weigert, eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

8.4.3. Rückerstattungspflicht

Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen müssen von der versicherten Person dem Versicherer rückerstattet werden.

9. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

9.1. Meldepflicht

Über jede Arbeitsunfähigkeit, die Anspruch auf einen Taggeldbezug geben könnte, hat die versicherte Person die Kasse innert fünf Tagen zu informieren und dabei anzugeben, ob es sich um einen Unfall oder eine Krankheit handelt. Bei vereinbarten Wartezeiten von mehr als 21 Tagen hat die Meldung über die Arbeitsunfähigkeit spätestens eine Woche vor einer allfälligen Leistungsforderung zu erfolgen.

Die von der Ärztin oder dem Arzt resp. der Chiropraktorin oder dem Chiropraktor ausgestellte Bescheinigung ist spätestens zehn Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit, bei Wartezeiten von mehr als 21 Tagen mit der Meldung betreffend Arbeitsunfähigkeit, der Kasse zuzustellen.

Bei Unterlassung ohne ausreichende Begründung gewährt der Versicherer Leistungen erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Meldung. Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheits- oder Unfallmeldungen sind maximal bis zu drei Tagen zulässig.

Angestellte haben den Nachweis von ungedecktem Erwerbsausfall zu erbringen.

Reduziert sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit, ist dies der Kasse unverzüglich zu melden.

9.2. Auskunftspflicht

Die versicherte Person stellt bei Unfall der Kasse sämtliche erforderlichen Informationen über den Unfallhergang sowie am Unfall beteiligte Dritte zur Verfügung.

Bei öfteren Kurzabsenzen innerhalb einer kürzeren Zeitspanne ist die Kasse berechtigt, von der versicherten Person einen Arztbesuch am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu verlangen.

Die Kasse kann die Arbeitsunfähigkeit sowie den ungedeckten Erwerbsausfall in jedem Fall überprüfen und gegebenenfalls geeignete Kontrollmassnahmen ergreifen.

Im Weiteren gelten die Auskunftspflichten gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen.

10. Prämien und Zahlungen

10.1. Prämienhöhe

Die Höhe der Prämien wird risikogerecht, wie beispielsweise nach Lebensalter, Wohnort, Leistungsbezug oder Branche der versicherten Person, festgesetzt. Personen, die aus der Erwerbsausfall-Versicherung für Unternehmungen in die Einzelversicherung übernommen werden, bilden eine eigene Risikogruppe.

Im Weiteren gelten für die Prämienfestsetzung, die Prämienzahlung, den Zahlungsverzug sowie die Prämienanpassung die Gemeinsamen Bestimmungen.

10.2. Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR)

10.2.1. Grundsatz

Bei Leistungsfreiheit wird ein Prämienrabatt gewährt.

10.2.2. Beobachtungsperiode

Als Beobachtungsperiode gilt der Zeitraum vom 1. September bzw. ab Versicherungsbeginn bis zum folgenden 31. August. Massgebend für die Leistungsermittlung in der Beobachtungsperiode ist das Verarbeitungsdatum einer Taggeld-Abrechnung.

10.2.3. Rabattstufen

Es werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Rabattstufe	Prämie
0	100 %
1	64 %

Die Festsetzung der Rabattstufen kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

10.2.4. Stufenanpassung bei Leistungsbezug

Hat die versicherte Person im Verlaufe einer Beobachtungsperiode Leistungen beansprucht, erfolgt auf den 1. Januar des folgenden Jahres die Anpassung auf Rabattstufe 0, sofern sich die versicherte Person nicht schon in dieser Stufe befindet.

10.2.5. Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

Hat die versicherte Person während drei aufeinanderfolgenden Beobachtungsperioden in der Rabattstufe 0 keine Leistungen bezogen, erfolgt ab dem 1. Januar des vierten Jahres die Anpassung auf Rabattstufe 1.

10.2.6. Änderung der Versicherungsdeckung

Bei Änderung der Versicherungsdeckung innerhalb der ÖKK COMPENSA bleibt die Rabattstufe erhalten.

10.3. Leistungsausrichtung

10.3.1. Auszahlung von Taggeldern

Das Taggeld wird nach Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit aufgrund des ärztlichen Zeugnisses ausbezahlt. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, wird das Taggeld in der Regel monatlich ausbezahlt.

10.3.2. Taggelder bei Geburt

Taggelder bei Geburt werden an Selbständigerwerbende und Angestellte erst dann ausbezahlt, wenn die Abrechnung der Mutterschaftsentschädigung gemäss EOG der Kasse vorliegt.

11. Leistungen Dritter

11.1. Angestellte und Nicht-Erwerbstätige

Tage mit Teilleistungen infolge Kürzung wegen Anspruchs auf Leistungen Dritter zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und Wartezeit als ganze Tage.

Im Weiteren gelten die Regelungen der Gemeinsamen Bestimmungen.

11.2. Selbständigerwerbende

Für Selbständigerwerbende entspricht der Leistungsumfang der vereinbarten Taggeldsumme. Die Regelung betreffend Überversicherung gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen kommt nicht zur Anwendung.

Hingegen werden keine Leistungen übernommen, die zu Lasten von Sozialversicherungen (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI, EO, BV, FL etc.) gehen.

Der Leistungsanspruch ist bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden.

Die versicherte Person tritt allfällige Ansprüche auf Nachzahlungen gegenüber Sozialversicherungen an den Versicherer ab, soweit dieser Vorleistungen erbracht hat.