Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

ÖKK BASIS

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Ausgabe 1.1.2027
Kontakt: 0800 838 000, info@oekk.ch, oekk.ch

Bündnerisch gut versichert.

Inhaltsverzeichnis

1. Versicherungsgrundlagen 3

1.1 Versicherer 3
1.2 Rechtsgrundlagen 3
1.3 Zweck 3

2. Versicherung 3

2.1 Versicherte 3
2.2 Annahmeverfahren 3
2.3 Versicherungsdauer 3
2.4 Wohnsitzverlegung 3
2.5 Unfalldeckung 3
2.6 Wechsel von Versicherungsformen 3
2.7 Versicherungsende 3

3. Leistungen 4

3.1 Allgemeine Leistungsbedingungen 4
3.2 Ambulante Behandlung 4
3.3 Stationäre Behandlung 5
3.4 Pflegeleistungen 5
3.5 Badekuren 5
3.6 Transport- und Rettungskosten 5
3.7 Zahnärztliche Behandlung 5
3.8 Mutterschaft 5
3.9 Leistungseinschränkungen 5
3.10 Leistungen Dritter, Überentschädigung 5

4. ÖKK BASIS CASAMED 6

4.1 Zweck 6
4.2 Grundsatz 6
4.3 Ausnahmen 6

5. ÖKK BASIS ECOPLAN 6

5.1 Zweck 6
5.2 Grundsatz 6
5.3 Ausnahmen 6

6. Kostenbeteiligung 6

6.1 Ordentliche Kostenbeteiligung 6
6.2 Wahlfranchise 7

7. Prämie 7

7.1 Prämienfestsetzung 7
7.2 Prämienreduktionen 7
7.3 Prämienverbilligung 7
7.4 Prämienbefreiung bei Militär- und Zivildienst 7
7.5 Prämienzahlung 7

8. Administrativvertrag 7

8.1 Im Allgemeinen 7
8.2 Abweichende Bedingungen 7

9. Rechtspflege 8

9.1 Verfügung 8
9.2 Einsprache 8
9.3 Kantonales Versicherungsgericht 8
9.4 Rechtskraft 8
9.5 Rechtsschutz 8

10. Schlussbestimmungen 8

10.1 Änderungen 8
10.2 Inkraftsetzung 8

ÖKK320_4100d_B/08.26

1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

1.1 Versicherer

Versicherer ist die ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Landquart. Der Versicherer ist auf der Police genannt.

1.2 Rechtsgrundlagen

Diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen gehen das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vor.

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 des Versicherers. Der Versichertenkreis richtet sich nach Art. 3 KVG.

2.2 Annahmeverfahren

2.2.1 Antragstellung

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

2.2.2 Versicherungspolice und AVB

Die versicherte Person 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 dem Versicherer innert 30 Tagen zu melden. Als Wohnortswechsel 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, die 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 und Kostenbeteiligungsregeln.

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

2.5 Unfalldeckung

2.5.1 Sistierung der Unfalldeckung

Versicherte Personen, 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 dem Versicherer innerhalb eines Monats zu melden.

2.6 Wechsel von Versicherungsformen

Der Wechsel der Franchisehöhe erfolgt auf Beginn eines Kalenderjahres. Bei einem Wechsel zu einer tieferen Franchise beträgt die Kündigungsfrist drei Monate auf Ende des Kalenderjahres.

Der Wechsel von ÖKK BASIS zu ÖKK BASIS CASAMED oder ÖKK BASIS ECOPLAN ist jeweils auf den Folgemonat hin möglich.

Beim Wechsel von ÖKK BASIS CASAMED oder ÖKK BASIS ECOPLAN zu 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.

2.7.2 Kündigung

Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Kalendersemesters kündigen.

Bei Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person 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 Kündigungseingangs beim Versicherer massgebend (und nicht das Datum des Poststempels).

Das Versicherungsverhältnis endet erst, wenn der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die versicherte Person 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 den Versicherer.

Die versicherte Person hat ihren finanziellen Verpflichtungen gegenüber dem Versicherer 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 bei 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 Kosten für medizinisch notwendige Transporte,
- zahnärztliche Behandlungen und
- Mutterschaftsleistungen.

3.1.3 Leistungen im Ausland
Für medizinisch notwendige Behandlungen in einem Mitgliedstaat der EU/EFTA leistet ÖKK BASIS entsprechend den dort geltenden Sozialversicherungstarifen und Kostenbeteiligungsregeln. Im übrigen Ausland leistet ÖKK BASIS bei Notfall bis zum doppelten Betrag der am schweizerischen Wohnort gültigen Tarife.

Keine Leistungen im Ausland werden erbracht, wenn die Behandlung der Zweck des Auslandaufenthalts ist; vorbehalten bleibt Art. 34 Abs. 2 KVG.

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 der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

Der Versicherer erstattet Leistungen von anerkannten Leistungserbringern gemäss KVG.

3.1.5 Rechnungsstellung, Rückerstattung
Die versicherte Person schuldet dem Leistungserbringer die verrechneten Leistungen, wenn zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer nicht direkt abgerechnet wird.

Fordert die versicherte Person eine Rückerstattung vom Versicherer, hat sie Rechnungen und Rezepte einzureichen. Nach Prüfung des Leistungsanspruches erstattet der Versicherer der versicherten Person den Rechnungsbetrag abzüglich Kostenbeteiligung.

Die versicherte Person kann Rechnungen vor deren Bezahlung vom Versicherer prüfen lassen.

3.1.6 Schadenminderungs- und Mitwirkungspflichten
Die versicherte Person hat alles zu tun, was die Genesung fördert, und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere hat sie den Anordnungen von Medizinalpersonen Folge zu leisten.

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

Die versicherte Person erteilt dem Versicherer unentgeltlich alle Auskünfte, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind. Insbesondere informiert die versicherte Person über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität.

Die versicherte Person 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 die versicherte Person durch einen zweiten Arzt oder den Vertrauensarzt des Versicherers untersuchen zu lassen. Der Versicherer trägt die Kosten.

Die versicherte Person hat dem Versicherer einen Unfall spätestens innerhalb von zehn Tagen zu melden. Sie stellt dem Versicherer sämtliche erforderlichen Informationen zur Verfügung.

Kommt die versicherte Person den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, kann der Versicherer über den Anspruch auf Leistung entweder aufgrund 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 von Mitteln und Gegenständen,
- Physiotherapeuten,
- Ergotherapeuten,
- Krankenpfleger und
- Logopäden.

3.2.3 Leistungsumfang
ÖKK BASIS leistet bei ambulanter Behandlung in der Schweiz.

3.2.4 Wahl des Leistungserbringers
Die versicherte Person kann unter den gemäss KVG zur Behandlung zugelassenen Leistungserbringern wählen.

Leistungen werden aufgrund von zwischen den Leistungserbringern und dem Versicherer vereinbarten Verträgen und Tarifen 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 bei ärztlich angeordneten 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 bei ärztlicher alternativmedizinischer Behandlung gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).

3.2.9 Medizinische Prävention
ÖKK BASIS leistet bei ärztlich verordneten präventiven Untersuchungen oder Massnahmen gemäss KLV, insbesondere Kinderimpfungen und gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen.

3.3 Stationäre Behandlung

3.3.1 Spital
ÖKK BASIS leistet bei akuter stationärer Behandlung und medizinischer Rehabilitation entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung eines Spitals.

Die versicherte Person 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, Rechnungsstellung
Der Versicherer erteilt der versicherten Person 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 bei der versicherten Person zu Hause 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.

Die versicherte Person kann das ärztlich geleitete, anerkannte Heilbad in der Schweiz wählen.

ÖKK BASIS leistet auch, wenn die versicherte Person nicht stationär im Heilbad untergebracht ist.

Dem Versicherer 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 bei schweren krankheits- und unfallbedingten zahnärztlichen 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 Kostenvoranschlag vorliegen.

3.8 Mutterschaft

3.8.1 Leistungsumfang
ÖKK BASIS leistet bei von Ärzten oder Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten medizinisch notwendigen Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und innerhalb von zehn Wochen nach der Geburt. Ohne besondere medizinische Indikation werden bis sieben Untersuchungen während 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 beim Versicherer versichert wird.

3.8.3 Geburtsvorbereitung und Stillberatung
ÖKK BASIS leistet bis CHF 150 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 die versicherte Person einer zumutbaren Behandlung entzieht, diese verweigert oder nicht aus eigenem Antrieb das Zumutbare dazu beiträgt. Die versicherte Person 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 der Versicherer die Vergütung verweigern oder kürzen. Er kann seine Zahlung von der Zession der Reduktionsforderung abhängig machen. Bereits bezahlte Vergütungen können vom Versicherer oder von der versicherten Person beim Leistungserbringer zurückgefordert werden.

3.9.3 Rückerstattungspflicht
Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen können vom Versicherer 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 der versicherten Person gegenüber dem Dritten im Ausmass der erbrachten Leistung an den Versicherer über. Gibt es mehrere Haftpflichtige, haften diese für Rückgriffsansprüche des Versicherers solidarisch.

Sind andere Sozialversicherungen leistungspflichtig, ist der Versicherer vorleistungspflichtig.

3.10.2 Überentschädigung

Leistungen aus Sozialversicherungen und von anderen Leistungspflichtigen dürfen die der versicherten Person durch den Versicherungsfall entstandenen Kosten nicht übersteigen.

Bei Überentschädigung kürzt der Versicherer 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

Die versicherte Person kann ihr Recht auf freie Wahl des Leistungserbringers im Einvernehmen mit dem Versicherer beschränken.

Dafür stehen ihr innerhalb von ÖKK BASIS CASAMED verschiedene Versicherungsmodelle zur Verfügung.

Der Versicherer kann in diesen Versicherungsmodellen die Wahl von Ärzten, Therapeuten und weiteren Leistungserbringern wie Spitäler, Apotheken, Sanitätsfachgeschäfte einschränken.

ÖKK BASIS CASAMED erbringt die gesetzlichen Pflichtleistungen nur, wenn sie von einem im gewählten Versicherungsmodell zugelassenen und gewählten Leistungserbringer (je nach gewähltem Versicherungsmodell: Hausarzt, HMO-Arzt, telemedizinische Institution, Apotheke, Spital etc.) erbracht oder verordnet werden.

Die zugelassenen Leistungserbringer können die versicherte Person weiter überweisen. Überweisungen durch Leistungserbringer, an die der erstbehandelnde Arzt überwiesen hat, benötigen seine Zustimmung. Bei Fehlen der Überweisung kann die Leistung gekürzt werden.

Wenn die Leistung von einem Leistungserbringer erbracht wird, der im gewählten Versicherungsmodell nicht zur Wahl steht, können diese Kosten der versicherten Person verrechnet werden.

Der Versicherer kann die versicherte Person bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten in ÖKK BASIS umteilen. Ein erneuter Wechsel in ÖKK BASIS CASAMED ist frühestens zwölf Monate nach der Umteilung möglich.

Bei einem Auslandaufenthalt von mehr als sechs Monaten kann der Versicherer nach Erhalt einer Mitteilung der versicherten Person auf Ende des laufenden Monates eine Umteilung in ÖKK BASIS vornehmen, weil die Behandlung durch die im gewählten Versicherungsmodell zugelassenen Leistungserbringer nicht sichergestellt werden kann.

Bei Versicherungsmodellen mit fix gewählten Leistungserbringern (Hausarzt, Tele-Hausarzt oder HMO-Praxen), ist ein Wechsel des gewählten Leistungserbringers innerhalb desselben Modells möglich. Ein Wechsel muss dem Versicherer gemeldet werden. Der Wechsel erfolgt auf den 1. des Folgemonats. Die zur Behandlung notwendigen Unterlagen gehen an den neuen Hausarzt, Tele-Hausarzt oder die neue HMO-Praxis.

Für die Behandlungen bei Kinderärzten gilt ein Alterslimit von 18 Jahren.

4.3 Ausnahmen

ÖKK BASIS CASAMED leistet für Routinebehandlungen von Augen-, Frauen- und Kinderärzten ohne vorgängige Konsultation des laut gewähltem Versicherungsmodell zugelassenen Leistungserbringers. Führen diese Ärzte weitergehende Behandlungen durch, muss die versicherte Person ihren Hausarzt, Tele-Hausarzt oder ihre HMO-Praxis orientieren (je nach gewähltem Modell).

ÖKK BASIS CASAMED leistet im Notfall ohne Einschränkung bei der Wahl von Ärzten und anderen Leistungserbringern. Die versicherte Person muss ihren Hausarzt, Tele-Hausarzt oder ihre HMO-Praxis (je nach gewähltem Modell) innert 20 Tagen über den Notfall informieren.

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

Der Versicherer bestimmt die Spitäler, denen die Behandlung der versicherten Person grundsätzlich anvertraut ist.

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

Der Versicherer kann die versicherte Person bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten in ÖKK BASIS umteilen.

Bei einem Auslandaufenthalt von mehr als sechs Monaten kann der Versicherer nach Erhalt einer Mitteilung der versicherten Person auf Ende des laufenden Monates eine Umteilung in ÖKK BASIS vornehmen, weil die Behandlung durch das zuständige Spital nicht sichergestellt werden kann.

5.3 Ausnahmen

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

ÖKK BASIS ECOPLAN 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

Die versicherte Person beteiligt sich mit einer Franchise und einem Selbstbehalt an den Kosten der für sie 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 Krankenpflegeleistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis 8 Wochen nach der Niederkunft wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Für die Details wird auf das Krankenversicherungsgesetz KVG und die Krankenversicherungsverordnung KVV verwiesen.

6.1.2 Selbstbehalt bei Medikamenten
Die versicherte Person 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
Die versicherte Person 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 ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und 8 Wochen nach der Niederkunft. Für die Details wird auf das Krankenversicherungsgesetz KVG und die Krankenversicherungsverordnung KVV verwiesen.

6.2 Wahlfranchise
Die versicherte Person kann anstelle 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

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
Der Versicherer legt die Prämien fest. Sie können kantonal und regional nach Kostenunterschieden abgestuft werden.

7.2 Prämienreduktionen
Reduzierte Prämien gelten für versicherte Personen
- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres,
- bei Sistierung der Unfalldeckung,
- mit Wahlfranchise,
- in ÖKK BASIS CASAMED und
- 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 Personen, die an mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen der Militärversicherung (MV) unterstellt sind.

7.5 Prämienzahlung

7.5.1 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.

7.5.2 Zahlungsgebühren
Die versicherte Person hat verschiedene Möglichkeiten, ihre Prämien und Kostenbeteiligungen gebührenfrei zu bezahlen. Gebühren, z. B. solche, die durch Einzahlungen am Postschalter entstehen, kann der Versicherer der versicherten Person weiterverrechnen.

Für Ratenzahlungsvereinbarungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Gebühr richtet sich nach der Anzahl der vereinbarten Raten.

7.5.3 Zahlungsverzug
Bezahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, stellt der Versicherer ihr nach mindestens einer schriftlichen Mahnung eine Zahlungsaufforderung zu. Darin setzt der Versicherer eine Nachfrist von dreissig Tagen an und weist die versicherte Person auf die Folgen des Zahlungsverzuges hin. Bezahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen nicht innert der gesetzten Frist, leitet der Versicherer die Betreibung ein.

Die durch Zahlungsausstände verursachten Mahn- und Umtriebsspesen gehen zulasten der versicherten Person.

Solange die versicherte Person ihre ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinsen und Betreibungskosten nicht vollständig bezahlt hat, kann sie den Versicherer nicht wechseln.

7.5.4 Verpfändung und Abtretung
Forderungen gegenüber dem Versicherer können nicht verpfändet und nur in den vom KVG vorgesehenen Fällen abgetreten werden.

8. ADMINISTRATIVVERTRAG

8.1 Im Allgemeinen
Der Versicherer kann Administrativverträge für bestimmte Personengruppen abschliessen.

8.2 Abweichende Bedingungen
Es gelten grundsätzlich die gleichen Leistungen und Prämien wie für andere versicherte Personen.

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

Abweichende Bedingungen betreffen insbesondere
- ein vereinfachtes Aufnahmeverfahren,
- einen anderen Prämienzahlungsmodus,
- den Administrativvertragspartner als Drittzahler,
- die Übertragung der Informationspflicht auf den Administrativvertragspartner,
- ein abweichendes Verfahren bei Leistungsabwicklung und Kostenbeteiligung und
- ein vereinfachtes Verfahren bei Unfallausschluss.

9. RECHTSPFLEGE

9.1 Verfügung

Ist eine versicherte oder antragstellende Person mit einem Entscheid nicht einverstanden, erlässt der Versicherer auf Verlangen innert 30 Tagen eine schriftliche, begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung.

9.2 Einsprache

Gegen diese Verfügung kann beim Versicherer innert 30 Tagen seit Zustellung Einsprache erhoben werden. Der Versicherer 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 dem die versicherte Person resp. der Beschwerde führende Dritte Wohnsitz hat. Das Versicherungsgericht kann auch angerufen werden, wenn der Versicherer innert Frist keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person 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 des Versicherers zuständig.

9.4 Rechtskraft

Die Verfügung oder der Einspracheentscheid des Versicherers 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 der versicherten Person mit Leistungserbringern gemäss KVG kann der Versicherer auf Begehren der versicherten Person seine Vertretung vor den zuständigen Gerichten auf seine Kosten übernehmen, sofern das Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint.

10. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

10.1 Änderungen

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

10.2 Inkraftsetzung

Diese AVB treten am 1.1.2027 in Kraft und ersetzen alle vorhergehenden Ausgaben.