Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Produktlinie ÖKK UNO

Ausgabe 2023

ÖKK

Allgemeine Versicherungsbedingungen Produktlinie ÖKK UNO

Ausgabe 2023

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 9
ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ und ÖKK PRIVAT-ZUSATZ — Seite 18
ÖKK OPTIMA — Seite 23
ÖKK PREMIUM — Seite 27
ÖKK KOMBI — Seite 31
ÖKK PRIVAT UNFALL — Seite 37
ÖKK FAMILY — Seite 41
ÖKK FAMILY FLEX — Seite 46
ÖKK SALTO — Seite 52
ÖKK DENTAL — Seite 57
ÖKK TOURIST — Seite 60
ÖKK PROTECT — Seite 71
ÖKK RISIKOKAPITAL BEI TOD ODER INVALIDITÄT DURCH UNFALL — Seite 74
ÖKK RISIKOKAPITAL BEI TOD ODER INVALIDITÄT DURCH KRANKHEIT — Seite 79
ÖKK COMPENSA — Seite 85

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

Sie finden die jeweils aktuellen Versicherungsbedingungen unter www.oekk.ch/avb oder in Ihrer ÖKK Agentur.

ÖKK BASIS

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Ausgabe 1.1.2023

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**	**3**
3.1	Allgemeine Leistungsbedingungen	3
3.2	Ambulante Behandlung	4
3.3	Stationäre Behandlung	4
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**	**5**
4.1	Zweck	5
4.2	Grundsatz	5
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	6
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**	**7**
9.1	Verfügung	7
9.2	Einsprache	7
9.3	Kantonales Versicherungsgericht	7
9.4	Rechtskraft	7
9.5	Rechtsschutz	7
10.	**Schlussbestimmungen**	**8**
10.1	Änderungen	8
10.2	Inkraftsetzung	8

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 erfolgt auf Beginn eines Kalenderjahres. 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 Leistungs-

erbringer (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, trägt die versicherte Person die Kosten.

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 die im gewählten Versicherungsmodell zugelassenen Leistungserbringer nicht sichergestellt werden kann.

Bei Versicherungsmodellen mit fix gewählten Leistungserbringern (Hausarzt oder HMO-Praxen), ist ein Wechsel des gewählten Arztes 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 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 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 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.

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 1.1.2023 in Kraft und ersetzen alle vorhergehenden Ausgaben.

Gemeinsame Bestimmungen

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2023

INHALTSVERZEICHNIS

1.	**Versicherungsgrundlagen**	**10**
1.1	Grundsatz	10
1.2	Versicherungsträger	10
1.3	Gegenstand der Versicherung	10
1.4	Allgemeine Versicherungsbedingungen	10
1.5	Bedingungen für die Rahmenverträge und die Kollektivversicherungen	10
1.6	Versicherungsvertragsgesetz	10
2.	**Versicherungsabteilungen**	**10**
2.1	Versicherungsmöglichkeiten	10
2.2	Gewählte Versicherungsabteilungen	10
3.	**Versicherte Personen**	**10**
3.1	Einzelversicherung	10
3.2	Rahmenvertrag resp. Kollektivversicherung	10
4.	**Beginn und Dauer der Versicherung**	**11**
4.1	Verfahren bei Versicherungsabschluss	11
4.2	Beginn der Versicherung	11
4.3	Dauer der Versicherung	11
4.4	Änderung der Versicherung	11
4.5	Sistierung der Versicherung	11
5.	**Beendigung der Versicherung**	**11**
5.1	Kündigung durch den Versicherungsnehmer	11
5.2	Kündigung durch den Versicherer	12
5.3	Übrige Beendigungsgründe	12
6.	**Leistungen**	**12**
6.1	Begriffsdefinitionen	12
6.2	Leistungsbereich	13
6.3	Versicherte Leistungen	13
6.4	Leistungsbeschränkungen	13
7.	**Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall**	**14**
7.1	Meldepflicht	14
7.2	Schadenminderung	14
7.3	Auskunftspflicht	14
8.	**Prämien und Zahlungen**	**14**
8.1	Prämienfestsetzung	14
8.2	Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung	15
8.3	Prämienzahlung	15
8.4	Überschussbeteiligung	15
8.5	Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR)	15
8.6	Sonstige Zahlungsbestimmungen	16
9.	**Leistungen Dritter**	**16**
9.1	Subsidiarität	16
9.2	Sozialversicherungen	16
9.3	Vorleistungen und Regress	16
9.4	Überversicherung	16
10.	**Datenschutz**	**16**
10.1	Gesetzliche Grundlagen	16
10.2	Bearbeitungszweck	16
10.3	Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung	16
10.4	Aufbewahrung der Daten	16
11.	**Mitteilungen**	**17**
12.	**Formvorschrift**	**17**
13.	**Gerichtsstand**	**17**

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Grundsatz

In Ergänzung zur Krankenversicherung nach KVG werden gemäss diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (nachfolgend AVB ÖKK UNO genannt) Zusatzversicherungen und weitere Versicherungen angeboten.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträgerin ist die ÖKK Versicherungen AG, Landquart (nachfolgend Versicherer genannt).

Versicherungsträgerin der Gesundheitsrechtsschutzversicherung ÖKK PROTECT und der Reiserechtsschutzversicherung von ÖKK TOURIST ist die Coop Rechtsschutz AG, Aarau. Die ÖKK Versicherungen AG hat als Versicherungsnehmerin mit der Coop Rechtsschutz AG als Versicherungsträgerin einen Kollektivversicherungsvertrag abgeschlossen.

Versicherungsträgerin der Annullierungskosten-Versicherung sowie der Reisegepäck-Versicherung von ÖKK TOURIST ist die Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, St. Gallen. Zuständig für diese Versicherungen ist die Europäische Reiseversicherung, Zweigniederlassung der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, mit Sitz in Basel. Die ÖKK Versicherungen AG hat als Versicherungsnehmerin mit der Europäischen Reiseversicherung als Versicherungsträgerin einen Kollektivversicherungsvertrag abgeschlossen.

Versicherungsträgerin der ÖKK RISIKOKAPITALVERSICHERUNG BEI TOD ODER INVALIDITÄT DURCH UNFALL ist die SOLIDA Versicherungen AG, Zürich. Die ÖKK Versicherungen AG hat als Versicherungsnehmerin mit der SOLIDA Versicherungen AG als Versicherungsträgerin einen Kollektivversicherungsvertrag abgeschlossen.

Versicherungsträgerin der ÖKK RISIKOKAPITALVERSICHERUNG BEI TOD ODER INVALIDITÄT DURCH KRANKHEIT ist die Squarelife Insurance AG, Ruggell, Liechtenstein. Die ÖKK Versicherungen AG hat als Versicherungsnehmerin mit der Squarelife Insurance AG als Versicherungsträgerin einen Kollektivversicherungsvertrag abgeschlossen.

1.3 Gegenstand der Versicherung

Versichert sind die finanziellen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft sowie im Zusammenhang mit Reisezwischenfällen Personen-Assistance, Annullierungskosten, Reisegepäck und Reiserechtsschutz während der Dauer, für die die Versicherung abgeschlossen ist.

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

Bei den Risikokapitalversicherungen für Tod und Invalidität infolge Unfalls oder Krankheit handelt es sich um Summenversicherungen. Bei allen übrigen Zusatz- und Ergänzungsversicherungen handelt es sich um Schadenversicherungen.

1.4 Allgemeine Versicherungsbedingungen

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

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

1.5 Bedingungen für die Rahmenverträge und die Kollektivversicherungen

Die AVB ÖKK UNO gelten auch für die Rahmenverträge und die Kollektivversicherungen im Bereich der Heilungskosten. Im einzelnen Rahmen- resp. Kollektivvertrag können abweichende Bedingungen vereinbart werden.

Die Bestimmungen im Rahmen- resp. Kollektivvertrag gehen den AVB ÖKK UNO vor.

Die dem Rahmenvertrag angeschlossenen Versicherungsnehmer können sich beim Versicherer über die sie betreffenden Bedingungen informieren.

Die Versicherungsnehmer der Kollektivverträge (insbesondere Arbeitgeber) sind verpflichtet, die versicherten Personen über den wesentlichen Inhalt des Kollektivvertrages sowie dessen Änderungen und Auflösung schriftlich zu informieren. Der Versicherer stellt dem Versicherungsnehmer die dazu erforderlichen Unterlagen zu.

1.6 Versicherungsvertragsgesetz

Soweit in den Vertragsbestimmungen keine abweichenden Regelungen festgehalten sind, gelten, auch für Verträge die vor dem 1. Januar 2022 abgeschlossen wurden, die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) vom 2. April 1908 in der Fassung vom 1. Januar 2022.

2. Versicherungsabteilungen

2.1 Versicherungsmöglichkeiten

Die Versicherungsabteilungen nach diesen AVB ÖKK UNO sind:

- ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ und ÖKK PRIVAT-ZUSATZ
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- ÖKK KOMBI: ALLGEMEIN, HALBPRIVAT, PRIVAT, GLOBAL, FLEX, KOMFORT
- ÖKK PRIVAT UNFALL
- 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 Gewählte Versicherungsabteilungen

In der Versicherungspolice werden die abgeschlossenen Versicherungsabteilungen festgehalten. Besondere Bestimmungen oder Vereinbarungen, die von den AVB ÖKK UNO abweichen, sind ebenfalls in der Versicherungspolice vermerkt.

3. Versicherte Personen

3.1 Einzelversicherung

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

3.2 Rahmenvertrag resp. Kollektivversicherung

Im Rahmenvertrag wird der Kreis der von den Bedingungen des Rahmenvertrages erfassten Personen festgelegt.

Im Kollektivvertrag wird der Kreis der versicherten Personen festgelegt.

Versichert sind die in der Versicherungspolice 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. Die auf dem Formular gestellten Fragen sind durch die antragstellende Person 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, soweit deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt worden ist, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung.

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

Der Versicherer kann ein ärztliches Zeugnis oder auf seine Kosten eine ärztliche Untersuchung verlangen.

Der Versicherungsnehmer hat dafür zu sorgen, dass er alle notwendigen Angaben über die versicherte Person machen kann.

4.1.3 Unterlagen, Dokumente

Bei Versicherungsabschluss erhält der Versicherungsnehmer:

- die Versicherungspolice und
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Jeweils aktuelle Allgemeine Versicherungsbedingungen sind zu finden unter www.oekk.ch/avb. Ein gedrucktes Exemplar kann bei jeder ÖKK Agentur verlangt werden.).

4.1.4 Widerrufsrecht

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

Die Frist ist eingehalten, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer am letzten Tag der Widerrufsfrist seinen Widerruf mitteilt oder seine Widerrufserklärung der Post übergibt.

4.2 Beginn der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem auf der Versicherungspolice 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 möglich, auch während des Kalenderjahres. 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 vom Versicherungsnehmer unter Einhaltung der ordentlichen Kündigungsfrist gekündigt wird.

4.4 Änderung der Versicherung

4.4.1 Änderung durch 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, so ist der Versicherer berechtigt, die AVB anzupassen. Zu diesen weitreichenden Veränderungen gehören z. B. die Erhöhung der Anzahl von medizinischen Leistungserbringern oder neue Kategorien von medizinischen Leistungserbringern, Ausbau des medizinischen Leistungsangebots, Einführung neuer kostenintensiver Therapieformen oder Medikamente und ähnliche Entwicklungen oder Änderungen in der Gesetzgebung über die Sozialversicherung.

Diese neuen AVB werden dem Versicherungsnehmer 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Er hat das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung auf das Datum der Vertragsänderung hin von den betroffenen Versicherungsabteilungen zurückzutreten. Erfolgt keine Kündigung seitens des Versicherungsnehmers, heisst dies, dass der Versicherungsnehmer den neuen AVB zustimmt.

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 Auslandaufenthalt 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 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 der Versicherungsnehmer innert 14 Tagen seit der Auszahlung oder seit 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 Kündigungseingang

Bei Kündigung ist das Datum des Kündigungseingangs beim Versicherer massgebend (und nicht das Datum des Poststempels).

5.1.4 Kollektivvertrag

Wird ein Kollektivvertrag gekündigt, werden die Versicherungsverträge mit den versicherten Personen individuell und ohne Gesundheitsprüfung in der Einzelversicherung weitergeführt.

Bei Austritt aus dem Kollektivvertrag steht den versicherten Personen das Recht auf Übertritt in die Einzelversicherung bei gleicher Deckung ohne Gesundheitsdeklaration offen. Das Übertrittsrecht muss innert 30 Tagen seit Austritt aus dem Kollektivvertrag geltend gemacht werden. Nach darauffolgender Bekanntgabe der neuen Einzelversicherungskonditionen hat die versicherte Person dem Versicherer ihren Entschluss über die Weiterführung in der Einzelversicherung innerhalb von 30 Tagen mitzuteilen. Massgebend ist der Eingang der jeweiligen Erklärung beim Versicherer.

5.1.5 Rahmenvertrag

Wird ein Rahmenvertrag gekündigt, werden die bestehenden Versicherungsverträge mit den Versicherungsnehmern ausserhalb des Rahmenvertrages weitergeführt. Es besteht ein Kündigungsrecht im Sinne von Ziffer 8.2 (Änderung von Rabattbedingungen).

Bei Austritt des Versicherungsnehmers aus dem Rahmenvertrag wird sein bestehender Versicherungsvertrag ausserhalb des Rahmenvertrages weitergeführt. Für ihn entfallen die speziellen Konditionen des Rahmenvertrages. Ein ausserordentliches Kündigungsrecht wird dadurch nicht ausgelöst (Ziffer 8.2).

5.2 Kündigung durch den Versicherer

Das ordentliche Kündigungsrecht und das Kündigungsrecht im Schadenfall stehen nur dem Versicherungsnehmer zu.

Insbesondere in den folgenden Fällen hat der Versicherer jedoch ein Kündigungsrecht:

a) Bei der kollektiven Taggeldversicherung
b) bei einer Anzeigepflichtverletzung bei Antragstellung
c) bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch
d) aus wichtigem Grund (gemäss Art. 35b VVG)

Das Kündigungsrecht aus wichtigem Grund (gemäss Art. 35b VVG) steht auch dem Versicherungsnehmer zu.

5.3 Übrige Beendigungsgründe

Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

a) beim Tod der versicherten Person
b) bei Wegzug ins Ausland (ausser wenn die Versicherung sistiert wurde)
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 oder Kostenbeteiligung (siehe dazu Ziffer 8.3.2)
g) bei Auflösung des Kollektivversicherungsvertrages zwischen ÖKK und dem Versicherungsträger (siehe dazu Ziffer 1.2). Dabei wird nur die jeweilige Deckung aufgehoben und nicht der ganze Versicherungsvertrag als solches. Für Fälle, die während der Vertragsdauer eingetreten sind, wird weiterhin Deckung gewährt. Im Falle der Auflösung des Kollektivvertrags kann ÖKK für die Weiterführung der bisherigen Deckungen einen neuen Kollektivvertrag mit einem Nachfolgeversicherer abschliessen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, die fragliche Fortsetzung abzulehnen.

6. Leistungen

6.1 Begriffsdefinitionen

6.1.1 Krankheit

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

6.1.2 Chronische Krankheit

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

6.1.3 Unfall

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

Folgende abschliessend aufgeführten Körperschädigungen sind Unfällen gleichgestellt, sofern sie nicht vorwiegend auf eine Erkrankung oder Abnützung zurückzuführen sind:

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

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

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

6.1.4 Mutterschaft

Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter. Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sind gleich versichert wie Krankheit, wenn die Versicherung beim Versicherer für die Mutter zum Zeitpunkt der Geburt schon mindestens 270 Tage gedauert hat oder bei vorheriger gleichwertiger Versicherung durch einen anderen Versicherer, wenn der Versicherungsabschluss mindestens 270 Tage vor der Geburt bestätigt worden ist.

6.1.5 Geburtsgebrechen

Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen.

6.1.6 Akutspital
Als Akutspitäler gelten Heilanstalten, die diejenigen medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen erbringen können und über diejenige technische Infrastruktur verfügen, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen, Unfällen und für Geburten notwendig sind, die dauernde ärztliche Überwachung erfordern.

6.1.7 Akutbehandlungen
Unter Akutbehandlungen werden ausschliesslich stationäre Behandlungen in Akutspitälern (ohne psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken) verstanden.

6.1.8 Psychiatrische Klinik
Eine psychiatrische Klinik, auch Nervenklinik oder verkürzend Psychiatrie genannt, ist ein spezialisiertes Krankenhaus zur Behandlung psychischer Störungen und psychiatrischer Erkrankungen.

6.1.9 Rehabilitationsklinik
Als Rehabilitationskliniken gelten Institutionen, die über die notwendigen medizintechnischen und infrastrukturellen Voraussetzungen sowie das ausreichend qualifizierte ärztliche, pflegerische und therapeutische Fachpersonal verfügen, um spezifische und gezielte stationäre Rehabilitationsmassnahmen durchzuführen.

6.1.10 Ausprägungen von Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken
6.1.10.1 Listenspital
Eine Institution, die gemäss Art. 39 KVG auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist. Diese Institution gilt als vom Versicherer anerkannt.

6.1.10.2 Vertragsspital
Eine Institution, mit der der Versicherer Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat oder deren Tarife vom Versicherer anerkannt sind.

Eine Liste dieser anerkannten Institutionen kann beim Versicherer eingesehen werden.

6.1.10.3 Anderes Spital
Eine Institution, die nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist und deren Tarife vom Versicherer nicht anerkannt sind.

6.1.11 KVG-Arzt
Ein Arzt gilt dann als KVG-Arzt, wenn er die Zulassungsbedingungen zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (gemäss KVG) erfüllt. Ärzte sind zugelassen, wenn sie das eidgenössische Diplom besitzen und über eine vom Bundesrat anerkannte Weiterbildung verfügen.

6.1.12 Zahnarzt
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.

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 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; vorbehalten bleiben periodische Leistungsverpflichtungen im Sinne von Art. 35c VVG.

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 Versicherungspolice 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.

Der Versicherer kann zum Zwecke der optimalen Betreuung seiner versicherten Personen mit den zugelassenen Leistungserbringern begleitende Massnahmen vereinbaren, mit dem Ziel durch verbesserte Zusammenarbeit mit und der Koordination zwischen den Leistungserbringern und dem Versicherer die für die versicherte Person wirksamste, zweckmässigste und wirtschaftlichste Behandlung sicherzustellen. Der Versicherer kann mit der Durchführung dieser Massnahmen 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 medizinische Leistungserbringer
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) bei Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss schon bestanden haben und vom Versicherer von der Versicherung ausgeschlossen wurden;
b) bei Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Antragstellung schon bestanden haben und nicht oder nur unvollständig angegeben wurden;
c) während einer Karenzfrist;
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) bei 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;
j) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage zurückliegt;
k) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten;
l) bei Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen;
m) bei Gesundheitsschädigungen als Folge industrieller Grossschadensereignisse oder bei Schädigungen aus Atomenergie;
n) bei Organtransplantationen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Anhang 1 zur Transplantationschirurgie, unabhängig davon, wo die Transplantation durchgeführt wird;
o) bei gesetzlichen und vereinbarten Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und
p) bei epidemischen Erkrankungen.

Allfällige weitere Leistungsausschlüsse sind in den Bestimmungen der einzelnen Versicherungsabteilungen festgehalten.

6.4.3 Leistungseinschränkungen
Leistungen können gekürzt werden
a) bei grobfahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls, insbesondere infolge Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten oder anderer Drogen;
b) 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;
c) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde, auch als Folge von Selbsttötungsversuchen oder Selbstverletzungen und
d) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher Mahnung nicht innert vier Wochen beigebracht werden. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen nach Art. 45 VVG (fehlendes Verschulden oder keinen Einfluss auf den Eintritt des Ereignisses und den Umfang der Leistung).

7. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

7.1 Meldepflicht

Die versicherte Person hat ihre Leistungsansprüche fristgerecht gemäss den Bestimmungen der einzelnen Versicherungsabteilungen beim Versicherer einzureichen. Der Eintritt eines Unfalls muss spätestens innerhalb von zehn Tagen gemeldet werden.

Die Anzeige hat wahrheitsgetreu zu erfolgen. Werden Leistungen geltend gemacht, sind dem Versicherer 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 des Versicherers die Tätigkeit des Gesundheitsberaters und erteilt ihm die notwendigen Auskünfte.

7.3 Auskunftspflicht

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

Auf Verlangen hat sich die versicherte Person durch einen zweiten Arzt oder durch den Vertrauensarzt des Versicherers untersuchen zu lassen. Die Kosten trägt der Versicherer.

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

Bei nicht handlungsfähigen Personen hat der 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, beispielsweise nach dem Lebensalter der versicherten Person, festgesetzt.

Prämienänderungen infolge Wechsels der Risikogruppe erfolgen automatisch.

Die versicherte Person ist verpflichtet, veränderte persönliche Verhältnisse zu melden, die für die Berechnung der Prämie massgebend sind. Kommt sie dieser Pflicht nicht nach, so ist eine allfällige Prämiendifferenz rückwirkend geschuldet.

Für sistierte Versicherungen wird eine reduzierte Prämie erhoben.

8.1.3 Prämienrabatte und Prämienerlasse
Der Versicherer kann für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre Familienrabatte und Prämienerlasse gewähren.

Familienrabatt
Rabattberechtigt sind Kinder, welche zusammen mit mindestens einem Elternteil beim Versicherer 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.

Soweit die Voraussetzungen dauernd erfüllt sind, ist der Familienrabatt für die jeweilige Mindestvertragslaufzeit garantiert, danach sind Anpassungen möglich (Ziffer 8.2).

Prämienerlass
Der Versicherer kann ab dem dritten Kind für Zusatzversicherungen Prämienbefreiungen gewähren, wenn es
– mit einem Elternteil und den beiden älteren Geschwistern im selben Haushalt wohnt;
– in derselben Familienpolice beim Versicherer versichert ist;
– beim Versicherer grundversichert ist;
– die beiden älteren Geschwister beim Versicherer grund- und mindestens gleichwertig zusatzversichert sind und

– das Elternteil beim Versicherer grundversichert und in einer ambulanten oder stationären Heilungskostenversicherung des Versicherers zusatzversichert ist.

8.2 Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung

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

Die Prämien werden zudem beim Wechsel in die nächsthöhere Altersgruppe angepasst. Die Anpassung kann eine Prämienerhöhung bewirken.

Die Altersgruppen sind in der Regel 0–10, 11-18, 19–25, 26–30, danach in Fünf-Jahres-Schritten bis zur Altersgruppe 60 und danach in Zehn-Jahres-Schritten bis zur Altersgruppe 81+.

Bei ÖKK KOMBI umfasst die erste Altersgruppe die 0-18-Jährigen, bei ÖKK DENTAL sind die ersten drei Altersgruppen folgendermassen aufgeteilt: 0–3, 4–5 und 6–10.

Die erste Altersgruppe bei ÖKK COMPENSA ist 15–18, die letzte 61–70.

Altersgruppen ÖKK BLV TAGGELD (Abschlussalterstarif): 16–30, 31–40, 41–50, 51-65.

Die Prämienanpassungen werden dem Versicherungsnehmer 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Er hat das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung durch den Versicherer auf das Datum der Wirksamkeit der Prämienanpassung von der entsprechenden Versicherungsabteilung zurückzutreten.

Erfolgt keine Kündigung, heisst dies, dass der Versicherungsnehmer der Prämienanpassung zustimmt.

Verliert die versicherte Person bei unveränderten Rabattbedingungen ihren Rabattanspruch, gilt dies nicht als Prämienanpassung und löst kein Kündigungsrecht aus. Ändert sich hingegen die Rabatthöhe, ohne dass dies bereits bei Vertragsschluss bekannt war, oder ändern sich die Rabattbedingungen, besteht ein Kündigungsrecht.

Eine Tarifänderung aufgrund eines Wohnsitzwechsels gilt nicht als Prämienanpassung.

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.

8.3.2 Mahnung und Verzugsfolgen

Werden fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht innert 30 Tagen bezahlt, fordert der Versicherer den Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die gesetzlichen Verzugsfolgen auf, die ausstehenden Beträge inkl. Mahngebühren innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung zu bezahlen.

Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, so ruht die Leistungspflicht des Versicherers vom Ablauf der Mahnfrist an.

Fordert der Versicherer die fällige Prämie nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist ein, so gilt dies als Rücktritt des Versicherers vom Vertrag. Dabei verzichtet der Versicherer auf die Bezahlung der fälligen Prämie.

Fordert der Versicherer die Prämie ein oder nimmt der Versicherer die Prämie nachträglich an, so lebt der Versicherungsschutz wieder auf, sobald die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird.

Die durch Zahlungsausstände verursachten Mahn- und Umtriebsspesen gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.

8.4 Überschussbeteiligung

8.4.1 Grundsatz

Sofern die versicherte volljährige Person einen günstigen Risikoverlauf 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 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 Einmalauszahlung 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, kann eine Variante mit Leistungsfreiheits-Rabatt geführt werden.

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

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

Die Prämie der ÖKK KOMBI und ÖKK SALTO mit Leistungsfreiheits-Rabatt ist auf der Versicherungspolice 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 Haushaltshilfe 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 dem Versicherungsnehmer verrechnen.

Die versicherte Person 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 vom Versicherer an die Leistungserbringer. Im Falle von Direktzahlung an die Leistungserbringer durch den Versicherer ist die versicherte Person verpflichtet, die vereinbarte Kostenbeteiligung innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung dem Versicherer 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 fünf Jahre nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht des Versicherers begründet.

Für Verträge, die vor dem 1. Januar 2022 abgeschlossen wurden, gilt bezüglich Ansprüche des Versicherers gegenüber der versicherten Person eine Frist von zwei Jahren.

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 ÖKK UNO.

9.1.2 Leistungen der öffentlichen Hand
Im Umfang der Leistungs- oder Reduktionsansprüche gegenüber Kantonen und Gemeinden besteht ebenfalls keine Leistungspflicht nach diesen AVB ÖKK UNO.

9.1.3 Mehrfachversicherung
Sind mehrere Privatversicherer leistungspflichtig, wird berechnet, wieviel jeder Privatversicherer bei alleiniger Leistungspflicht zu zahlen hätte. Dies gilt auch, wenn die Leistungspflicht der anderen Privatversicherer nur subsidiär besteht.

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

9.1.4 Leistungsverzicht
Verzichtet die versicherte Person ohne Zustimmung des Versicherers ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht nach diesen AVB ÖKK UNO. 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
Bei Schadenversicherungen darf der versicherten Person aus den Leistungen nach diesen AVB ÖKK UNO 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 (VVG) und des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG).

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 dem Versicherer innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.

Bei Auslandaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

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

Mitteilungen des Versicherers erfolgen rechtsgültig schriftlich an die versicherte Person oder den Versicherungsnehmer an deren zuletzt angegebene Adresse oder an die Kontaktadresse in der Schweiz.

Weitere Informationen werden der versicherten Person oder dem Versicherungsnehmer mittels Versichertenzeitschrift mitgeteilt oder auf der Website des Versicherers veröffentlicht.

12. Formvorschrift

Wird in diesen AVB Schriftlichkeit verlangt, so genügt auch eine andere Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht.

13. Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus Versicherungen gemäss diesen AVB ÖKK UNO und den Bestimmungen der einzelnen Versicherungsabteilungen steht der klagenden Person wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnsitz oder am Geschäftssitz des Versicherers (ÖKK Versicherungen AG, Landquart) offen.

ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ und ÖKK PRIVAT-ZUSATZ

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2019

INHALTSVERZEICHNIS

1. Versicherungsgrundlagen 19
1.1 Zweck 19
1.2 Versicherte Personen 19
1.3 Leistungsvoraussetzung 19
1.4 Leistungen im Ausland 19

2. Ärztliche Behandlung 19
2.1 Behandlung durch Ärzte ohne KVG-Unterstellung 19
2.2 Privatsprechstunde bei Spitalärzten ohne KVG-Unterstellung 19
2.3 Ärztliche Behandlung im Ausland 19
2.4 Leistungsdauer 19

3. Prävention 19
3.1 Impfungen 19
3.2 Check-Up-Untersuchung 19
3.3 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung 19
3.4 Mutterschaft 19
3.5 Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten 19
3.6 Weitere Präventivmassnahmen 19

4. Hilfsmittel 20
4.1 Sehhilfen 20
4.2 Übrige Hilfsmittel 20

5. Zahnärztliche Behandlung 20
5.1 Weisheitszähne 20
5.2 Leistungen für Kinder und Jugendliche 20
5.3 Leistungen des Gemeinwesens 20
5.4 Leistungserbringer und Tarif 20
5.5 Behandlung im Ausland 20

6. Alternativmedizin 20
6.1 Ärztliche Behandlung 20
6.2 Erfahrungsmedizinische Methoden 20
6.3 Alternative Therapeuten und Heilmethoden 20
6.4 Zusätzliche Leistungen PRIVAT-ZUSATZ 20
6.5 Natürliche Heilmittel 21
6.6 Maximaler Leistungsbezug 21
6.7 Leistungsvoraussetzung 21

7. Nichtpflichtmedikamente 21

8. Thermalbäder 21

9. Psychotherapeutische Behandlung 21
9.1 Leistungsumfang 21
9.2 Leistungsvoraussetzung 21
9.3 Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung 21

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Fahrtspesen 21
10.1 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungs-Aktionen in Notfällen 21
10.2 Fahrtspesen 21

11. CASAMED-Variante 21
11.1 Allgemeines 21
11.2 Allgemeine Leistungsvoraussetzung 21
11.3 Ärzte ohne KVG-Unterstellung 22
11.4 Ausnahmen vom Hausarztprinzip 22
11.5 Andere Fachpersonen 22
11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente 22
11.7 Weitere Leistungserbringer 22
11.8 Notfälle 22
11.9 Leistungsausschluss 22
11.10 Leistungsabwicklung 22

12. Kostenbeteiligung 22

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Zweck

Der ALLGEMEINE ZUSATZ und der PRIVAT-ZUSATZ erbringen Leistungen an 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 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 ÖKK UNO 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 beim Versicherer 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 durch Ärzte ohne KVG-Unterstellung

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

An psychotherapeutische Behandlungen werden maximal 50 Stunden vergütet.

2.2 Privatsprechstunde bei Spitalärzten ohne KVG-Unterstellung

Der PRIVAT-ZUSATZ erbringt an ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspital-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.

2.3 Ärztliche Behandlung im Ausland

2.3.1 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.

2.3.2 Notfallbehandlung

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

2.4 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

Die Umschreibung einer Check-up-Untersuchung kann beim Versicherer eingesehen werden.

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 Stillgeldformular des Versicherers 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 kann beim Versicherer eingesehen werden.

3.6 Weitere Präventivmassnahmen

An weitere anerkannte Präventivmassnahmen können Beiträge ausgerichtet werden.

Die einzelnen vom Versicherer anerkannten Präventivmassnahmen können beim Versicherer eingesehen 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 kann beim Versicherer 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 der Versicherer auf eine Karenzfrist, sofern mindestens ein Elternteil auch beim Versicherer 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 Festsetzung zahnärztlicher Leistungen richtet sich nach dem geltenden Zahnarzttarif SSO (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft), wobei es die Tarifstruktur «KVG-Tarif» und «revidierter Zahnarzttarif UV/MV/IV» gibt.

Die Versicherung leistet zum jeweils maximalen Sozialversicherungstarif (Taxpunktwert und Taxpunkte) der vom Leistungserbringer verwendeten Tarifstruktur.

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

Wenn und soweit nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt, vergütet der Versicherer 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 Ärzte in der entsprechenden Methode.

6.2 Erfahrungsmedizinische Methoden

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

6.3 Alternative Therapeuten und Heilmethoden

Der Versicherer entrichtet Beiträge im Bereich Alternativmedizin, wenn sowohl die Therapiemethode als auch der durchführende Therapeut oder der Naturheilarzt vom Versicherer 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 Therapeuten. Die Liste der anerkannten Therapieformen und Therapeuten kann beim Versicherer eingesehen werden.

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

Der Versicherer 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

Der Versicherer 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 vom Versicherer anerkannten alternativen Therapiemethoden,
- Liste der vom Versicherer anerkannten Therapeuten resp. Naturärzten,
- Kostenbeteiligung bei ärztlicher Behandlung und natürlichen Heilmitteln,
- zeitliche Begrenzung (pro Kalenderjahr).

Für Therapieformen mit betraglichen 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 den Versicherer 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 Psychotherapeuten, 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 den Vertrauensarzt des Versicherers erbracht. Nach Ablauf der vom Versicherer bewilligten Anzahl Therapiestunden, spätestens jedoch nach Ablauf der ersten 50 Therapiestunden hat der Therapeut 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 einem Psychologen resp. 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 Bergungs-Aktionen 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 beim Versicherer 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 vom CASAMED-Hausarzt, bei welcher die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können vom Versicherer als CASAMED-Hausärzte anerkannt werden.

11.3 Ärzte ohne KVG-Unterstellung

An Behandlungen bei Ärzten (inkl. Spitalärzten), 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 Kinderärzten ohne vorgängige Konsultation des CASAMED-Hausarztes. Führen sie weitergehende Behandlungen durch, ist 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 des CASAMED-Hausarztes.

11.5 Andere Fachpersonen

Der Versicherer kann anstelle 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-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, 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 kann mit den CASAMED-Hausärzten vereinbaren, dass die Leistungen des ALLGEMEINEN ZUSATZ und PRIVAT-ZUSATZ pauschalisiert abgegolten werden.

11.10.2 Veranlasste Leistungen

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

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

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

Der Versicherer 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 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 1.1.2019

INHALTSVERZEICHNIS

1. Versicherungsgrundlagen 24
1.1 Versicherungsträger 24
1.2 Gemeinsame Bestimmungen 24
1.3 Zweck 24
1.4 Leistungsvoraussetzung 24
1.5 Örtlicher Geltungsbereich 24
1.6 Versicherungsabschluss 24

2. Ambulante Behandlung 24
2.1 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland 24
2.2 Nichtärztliche Psychotherapie 24
2.3 Thermalbad 24
2.4 Sterilisation 24

3. Mutterschaft 24
3.1 Geburtsvorbereitung 24
3.2 Stillgeld 24

4. Prävention 24
4.1 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung 24
4.2 Check-Up-Untersuchung 24
4.3 Impfung 24
4.4 Gesundheitskonto 24

5. Hilfsmittel 24
5.1 Sehhilfen 24
5.2 Andere Hilfsmittel 24

6. Zahnärztliche Behandlung 25
6.1 Kontrolluntersuchung und Prophylaxe 25
6.2 Weisheitszähne 25
6.3 Kieferorthopädische Behandlung 25
6.4 Behandlung im Ausland 25
6.5 Tarif 25

7. Alternativmedizin 25
7.1 Alternativmedizinische Behandlung 25
7.2 Behandlung im Ausland 25

8. Medikamente und Heilmittel 25
8.1 Nichtpflichtmedikamente 25
8.2 Natürliche Heilmittel 25

9. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten 25
9.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen 25
9.2 Suchaktionen 25
9.3 Fahrtkosten 25

10. CASAMED-Variante 25
10.1 Zusätzliche Bedingungen 25
10.2 Hausarztprinzip 25
10.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip 26
10.4 Spitäler 26
10.5 Andere Fachpersonen 26
10.6 Weitere Leistungserbringer 26
10.7 Notfall 26
10.8 Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante 26
10.9 Leistungsabwicklung 26

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen ÖKK UNO (GB ÖKK UNO) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung. Soweit die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung von den GB ÖKK UNO abweichen, gehen die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung den GB ÖKK UNO 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 bei Notfall im Ausland

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

2.2 Nichtärztliche Psychotherapie

2.2.1 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.

2.2.2 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprachegesuches 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.

2.3 Thermalbad

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

2.4 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.

Die Umschreibung einer Check-up-Untersuchung kann beim Versicherer eingesehen werden.

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.

Die einzelnen vom Versicherer anerkannten Präventivmassnahmen können beim Versicherer eingesehen werden.

5. Hilfsmittel

5.1 Sehhilfen

Die Versicherung leistet bis CHF 150 pro Kalenderjahr für Brillengläser 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 Festsetzung zahnärztlicher Leistungen richtet sich nach dem geltenden Zahnarzttarif SSO (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft), wobei es die Tarifstruktur «KVG-Tarif» und «revidierter Zahnarzttarif UV/MV/IV» gibt.

Die Versicherung leistet zum jeweils maximalen Sozialversicherungstarif (Taxpunktwert und Taxpunkte) der vom Leistungserbringer verwendeten Tarifstruktur.

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. Teilbereiche von traditioneller chinesischer Medizin, naturheilkundlichen 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 Personen, 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 die versicherte Person 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 der versicherten Person 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 der versicherten Person 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 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.

10.8.2 Ausschluss Hausarztvariante

Der Versicherer kann die versicherte Person 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 von der versicherten Person oder vom Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

ÖKK PREMIUM

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2019

INHALTSVERZEICHNIS

1. Versicherungsgrundlagen 28
1.1 Versicherungsträger 28
1.2 Gemeinsame Bestimmungen 28
1.3 Zweck 28
1.4 Leistungsvoraussetzung 28
1.5 Örtlicher Geltungsbereich 28
1.6 Versicherungsabschluss 28

2. Ambulante Behandlung 28
2.1 Ärztliche Wahlbehandlung im Ausland 28
2.2 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland 28
2.3 Nichtärztliche Psychotherapie 28
2.4 Thermalbad 28
2.5 Sterilisation 28
2.6 Augenlaser 28

3. Mutterschaft 28
3.1 Geburtsvorbereitung 28
3.2 Stillgeld 28

4. Prävention 28
4.1 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung 28
4.2 Check-Up-Untersuchung 28
4.3 Impfung 28
4.4 Gesundheitskonto 28

5. Hilfsmittel 29
5.1 Sehhilfen 29
5.2 Andere Hilfsmittel 29

6. Zahnärztliche Behandlung 29
6.1 Kontrolluntersuchung und Prophylaxe 29
6.2 Weisheitszähne 29
6.3 Kieferorthopädische Behandlung 29
6.4 Behandlung im Ausland 29
6.5 Tarif 29

7. Alternativmedizin 29
7.1 Alternativmedizinische Behandlung 29
7.2 Behandlung im Ausland 29

8. Medikamente und Heilmittel 29
8.1 Nichtpflichtmedikamente 29
8.2 Natürliche Heilmittel 29

9. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten 29
9.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen 29
9.2 Suchaktionen 29
9.3 Fahrtkosten 29

10. CASAMED-Variante 29
10.1 Zusätzliche Bedingungen 29
10.2 Hausarztprinzip 30
10.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip 30
10.4 Spitäler 30
10.5 Andere Fachpersonen 30
10.6 Weitere Leistungserbringer 30
10.7 Notfall 30
10.8 Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante 30
10.9 Leistungsabwicklung 30

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen ÖKK UNO (GB ÖKK UNO) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung. Soweit die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung von den GB ÖKK UNO abweichen, gehen die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung den GB ÖKK UNO 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 Wahlbehandlung im Ausland

Die Versicherung leistet 90% bei ambulanten schulmedizinischen Behandlungen durch Ärzte im Ausland.

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 Kostengutsprachegesuches 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.

Die Umschreibung einer Check-up-Untersuchung kann beim Versicherer eingesehen werden.

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.

Die einzelnen vom Versicherer anerkannten Präventivmassnahmen können beim Versicherer eingesehen werden.

5. Hilfsmittel

5.1 Sehhilfen

Die Versicherung leistet bis CHF 200 pro Kalenderjahr für Brillengläser 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 Krankenpflegeversicherung nach KVG nicht geleistet wird.

Die Hilfsmittel müssen vom Versicherer anerkannt sein.

Nicht versichert sind Betriebs-, Unterhaltsund Reparaturkosten von Hilfsmitteln.

6. Zahnärztliche Behandlung

6.1 Kontrolluntersuchung und Prophylaxe

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

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% 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 Festsetzung zahnärztlicher Leistungen richtet sich nach dem geltenden Zahnarzttarif SSO (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft), wobei es die Tarifstruktur «KVG-Tarif» und «revidierter Zahnarzttarif UV/MV/IV» gibt.

Die Versicherung leistet zum jeweils maximalen Sozialversicherungstarif (Taxpunktwert und Taxpunkte) der vom Leistungserbringer verwendeten Tarifstruktur.

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. Teilbereiche von traditioneller chinesischer Medizin, naturheilkundlichen 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 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 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, 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 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 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 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 Personen, 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 die versicherte Person 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 der versicherten Person 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 der versicherten Person 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 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.

10.8.2 Ausschluss Hausarztvariante

Der Versicherer kann die versicherte Person 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 von der versicherten Person oder vom Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

ÖKK KOMBI

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2023

INHALTSVERZEICHNIS

1. Versicherungsgrundlagen 32
1.1 Versicherungsträger 32
1.2 Gemeinsame Bestimmungen 32
1.3 Zweck 32
1.4 Versicherungsabschluss 32
1.5 Leistungsvoraussetzung 32
1.6 Unfalldeckung 32
1.7 Versicherungsmöglichkeiten 32

2. Stationäre Behandlung 32
2.1 Akutbehandlung 32
2.2 Langzeitbehandlung 33
2.3 Stationäre Rehabilitation 33
2.4 Psychiatrische Behandlung 33
2.5 Leistungen im Ausland 33

3. Kuren 33
3.1 Erholungskuren 33
3.2 Badekuren 33
3.3 Andere Kuren 33
3.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt 33

4. Besondere Leistungen 34
4.1 Spitex 34
4.2 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen 34
4.3 Fahrtspesen 34
4.4 Kinderhütedienst 34
4.5 Rooming-in 34
4.6 Spitaltaggeld 34

5. Mutterschaft 34
5.1 Kosten der stationären Behandlung 34
5.2 Geburt in Geburtshaus 34
5.3 Haushaltshilfe nach Geburt 35

6. Unfall-Zusatz 35

7. CASAMED-Variante 35
7.1 Allgemeines 35
7.2 Leistungsstufen 35
7.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzung 35
7.4 Spitalwahl 35
7.5 Augen-, Frauen-, Kinderärzte 35
7.6 Notfälle 35
7.7 Leistungsausschluss 35

8. ECOPLAN, Variante mit eingeschränkter Spitalwahl 35
8.1 Allgemeines 35
8.2 Wahl / Kündigung des ECOPLAN 35
8.3 Leistungsumfang 35
8.4 Behandlung in einem anderen Spital 35

9. Franchise und Vergütung in der KOMBI HALBPRIVAT, PRIVAT und GLOBAL 36
9.1 Franchise 36
9.2 Vergütung 36

10. Kostenbeteiligung in der KOMBI FLEX 36
10.1 Umfang der Kostenbeteiligung 36
10.2 Maximale Kostenbeteiligung für Familien 36

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen ÖKK UNO (GB ÖKK UNO) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung. Soweit die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung von den GB ÖKK UNO abweichen, gehen die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung den GB ÖKK UNO vor.

1.3 Zweck

Die Versicherung leistet für stationäre Behandlungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Sie erbringt Beiträge an Kuren, Langzeitbehandlung, spitalexterne Haushaltshilfe (SPITEX) und Transportkosten.

Die Leistungen 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 des Versicherers gehen den Leistungen der KOMBI vor.

1.4 Versicherungsabschluss

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

1.5 Leistungsvoraussetzung

1.5.1 Allgemeines

Die Versicherung leistet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und in einem Listen- oder Vertragsspital erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

1.5.2 Behandlung in anderen Spitälern

Bei Behandlungen in anderen Spitälern sind Leistungen nur bei Akutbehandlungen im Umfang von Ziffer 2.1.4 und 2.2 versichert.

1.6 Unfalldeckung

Die Unfalldeckung kann ausgeschlossen werden.

1.7 Versicherungsmöglichkeiten

1.7.1 Leistungsstufen

Die Versicherung führt folgende Leistungsstufen:

KOMBI ALLGEMEIN:	Allgemeine Abteilung in der Schweiz (Mehrbettzimmer); gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif
KOMBI HALBPRIVAT:	Halbprivate Abteilung in der Schweiz (Zweibettzimmer); gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif
KOMBI PRIVAT:	Private Abteilung in der Schweiz (Einbettzimmer); gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif
KOMBI GLOBAL:	Private Abteilung weltweit (Einbettzimmer)
KOMBI FLEX:	Allgemeine, halbprivate oder private Abteilung in der Schweiz; gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif; mit entsprechender Kostenbeteiligung
KOMBI KOMFORT:	Allgemeine Abteilung im Komfort-Vertragsspital im Ein- oder Zweibettzimmer. Diese Leistungsstufe kann auf versicherte Personen mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

Als Komfort-Vertragsspital gelten Spitäler, mit welchen der Versicherer entsprechende Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat. Der Versicherer führt eine Liste dieser Vertragsspitäler. Sie kann beim Versicherer eingesehen werden.

1.7.2 Fehlende Kriterien, Maximaltarife

Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Bedingungen 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 Listen- oder Vertragsspitals und/oder von Spitälern mit vergleichbarem Mehrleistungsumfang. Für die Bewertung des Leistungsumfangs werden ärztliche und klinische Leistungen sowie Hotellerie- und Komfortleistungen miteinbezogen, die sich an marktüblichen Tarifen orientieren.

Die vom Versicherer allfällig festgelegten Maximaltarife können beim Versicherer eingesehen werden.

1.7.3 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 Bedingungen führen, werden beim Versicherer auf einer Liste geführt, die eingesehen werden kann.

2. Stationäre Behandlung

2.1 Akutbehandlung

2.1.1 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet, wenn die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne der BASIS ist.

2.1.2 Leistungsumfang

Die Versicherung übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der BASIS die Kosten der versicherten Abteilung gemäss gewählter Versicherungsstufe.

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, sind folgende Leistungen gedeckt:

KOMBI ALLGEMEIN:	Die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, leistet die KOMBI eine Pauschale von CHF 30 pro Tag.
KOMBI HALBPRIVAT:	Die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese nicht ermitteln, leistet die KOMBI eine Pauschale von CHF 120 pro Tag.
KOMBI KOMFORT:	Im Komfort-Vertragsspital die Kosten des versicherten Zimmers.

2.1.4 Behandlung in anderen Spitälern

Erfolgt die Behandlung in einem anderen Spital als einem Listen- oder Vertragsspital, sind folgende Kosten gedeckt:

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	Eine Pauschale von CHF 30 pro Tag.
KOMBI HALBPRIVAT/PRIVAT/FLEX:	Die Mehrkosten, die bei Aufenthalt in einem Listenspital im Wohnkanton im Vergleich zwischen der allgemeinen und der versicherten und gewählten Abteilung entstanden wären.
KOMBI 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 vom Versicherer geführten Liste der Komfort-Vertragsspitäler aufgeführt ist, sind die Leistungen gemäss allgemeiner Abteilung bzw. Referenztarif eines Komfort-Vertragsspitals im Wohnkanton gedeckt.

2.2 Langzeitbehandlung

Die Versicherung richtet folgende Tagespauschalen aus, wenn

- die Betreuung eines Chronischkranken den Aufenthalt in einem dafür geeigneten Listen- oder Vertragsspital 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:	CHF 70	CHF 35
KOMBI GLOBAL:	CHF 90	CHF 45

Diese Leistungen werden bei Behandlung in der versicherten Abteilung 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.

2.3 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten Rehabilitationsklinik, gewährt die Versicherung für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bedingungen für Akutbehandlungen. Danach richtet sie unter Anrechnung der vorangegangenen Aufenthaltsdauer die Leistungen für Langzeitbehandlungen aus.

Die anerkannten Rehabilitationskliniken werden auf einer Liste aufgeführt, die beim Versicherer eingesehen werden kann.

2.4 Psychiatrische Behandlung

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik übernimmt die Versicherung die volle Kostendeckung gemäss den Bedingungen für Akutbehandlungen während 90 Tagen.

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 Versicherung 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, wie ein Heimtransport nicht angemessen 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 anderen Spitälern erbracht.

2.5.3 Vorgehen bei Spitalaufenthalt

Bei einer stationären Behandlung ist bei dem Versicherer sofort, spätestens jedoch innert 10 Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprachegesuch 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 beim Versicherer eingesehen werden kann.

An ärztlich verordnete Erholungskuren im Anschluss an eine Akutbehandlung vergütet die Versicherung während maximal 21 Tagen pro Fall folgende Leistungen:

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	CHF 50/Tag
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	CHF 70/Tag
KOMBI PRIVAT:	CHF 90/Tag
KOMBI GLOBAL:	CHF 110/Tag

3.2 Badekuren

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

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	CHF 30/Tag
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	CHF 30/Tag
KOMBI PRIVAT:	CHF 50/Tag
KOMBI GLOBAL:	CHF 50/Tag

Es besteht die freie Wahl unter den vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern. Die Liste der anerkannten Heilbäder kann beim Versicherer 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.

Der Versicherer kann eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Schlusskontrolle mit Schlussbericht vom einweisenden Arzt verlangen.

3.3 Andere Kuren

Auf Antrag des Vertrauensarztes des Versicherers 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 dem Versicherer 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 vom Kurarzt ein Zeugnis vorliegt.

4. Besondere Leistungen

4.1 Spitex

4.1.1 Grundsatz

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

4.1.2 Leistungsumfang

An die Kosten von anerkannten Haushaltshilfen gewährt die Versicherung einen Beitrag pro Kalenderjahr. Die Leistungen werden auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringern und dem 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:	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 bis zwölf Jahre 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:	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 Haushaltshilfe 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 Haushaltshilfe 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 und
- für Rettungs- und Bergungsaktionen

werden insgesamt folgende Beiträge aus der Versicherung geleistet:

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	CHF 10'000 pro Kalenderjahr an den ungedeckten Betrag, der CHF 100 pro Fall übersteigt.
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	CHF 20'000 pro Kalenderjahr.
KOMBI PRIVAT:	CHF 30'000 pro 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 Versicherung 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 Kinderhütedienst

4.4.1 Grundsatz

Die Versicherung des versicherten Kindes leistet für den von einer Sektion des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) durchgeführten Betreuungs- und Pflegedienst für Kinder bis zwölf Jahre.

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

4.4.2 Leistungsvoraussetzungen

Die Versicherung leistet, 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

Die Versicherung leistet bis CHF 30 pro Stunde bis CHF 600 pro Kalenderjahr.

4.5 Rooming-in

Wird ein Kind bis zwölf Jahre stationär behandelt, leistet die Versicherung des Kindes für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes bis CHF 50 pro Tag.

Wird ein Elternteil stationär behandelt, leistet die Versicherung des Elternteils für den Aufenthalt eines Kindes bis zwölf Jahre im Zimmer des Elternteils bis CHF 50 pro Tag.

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

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

Ist die Mutter nicht beim Versicherer versichert, übernimmt die Versicherung des Neugeborenen dessen ungedeckte Kosten im Nachgang zur Versicherung der Mutter.

5.2 Geburt in Geburtshaus

Bei Geburt in einem vom Versicherer 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 Bedingungen von KOMBI FLEX.

5.3 Haushaltshilfe nach Geburt

5.3.1 Grundsatz

Die Versicherung entrichtet Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushaltshilfe durch vom Versicherer anerkanntes Personal.

Sie werden anstelle der ordentlichen SPITEX-Leistungen der Versicherung 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

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 beim Versicherer in der BASIS in der Variante CASAMED versichert sind, gelten in der Versicherung die folgenden zusätzlichen Bedingungen.

7.2 Leistungsstufen

Es werden alle Leistungsstufen der Versicherung geführt.

7.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzung

Leistungen werden erbracht, wenn sie nach dem Hausarztprinzip erfolgt sind. Leistungen müssen vom CASAMED-Hausarzt, bei welchen die versicherte Person eingeschrieben ist, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können vom Versicherer als CASAMED-Hausärzte anerkannt werden.

7.4 Spitalwahl

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

7.5 Augen-, Frauen-, Kinderärzte

Bei CASAMED-Versicherten, die in Routinebehandlung bei Augen-, Frauen- und Kinderärzten stehen, werden die von diesen Medizinalpersonen veranlassten ambulant oder stationär durchgeführten Operationen nach Beizug des CASAMED-Hausarztes übernommen.

7.6 Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers 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 Personen mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

8.2 Wahl / Kündigung des ECOPLAN

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

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

8.3 Leistungsumfang

Aus dem ECOPLAN werden die Leistungen der Versicherung 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 kann beim Versicherer eingesehen 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 seinen Lasten.

Notfälle und aus medizinischen Gründen notwendige Behandlungen in einem Nicht-ECOPLAN-Spital sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen der Versicherung gedeckt. Ausser bei Notfällen wird diese Leistung jedoch nur nach vorgängiger Antragstellung an den Versicherer 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 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 Listen- oder Vertragsspitals begibt.

Die halbe Franchise entfällt, wenn sich der in der KOMBI PRIVAT oder GLOBAL Versicherte auf die halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer) eines Listen- oder Vertragsspitals begibt.

Die Kostenbeteiligung entfällt auch, wenn gemäss diesen Versicherungsbedingungen Pauschalvergütungen ausgerichtet werden. Davon ausgenommen sind die versicherten Leistungen 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

Es stehen 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

Die KOMBI HALBPRIVAT, PRIVAT und GLOBAL leisten an versicherte Personen 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/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 GB ÖKK UNO.

Die Vergütung wird geleistet, wenn keine Franchise vereinbart ist.

10. Kostenbeteiligung in der KOMBI FLEX

10.1 Umfang der Kostenbeteiligung

Die versicherte Person wählt vor dem Spitaleintritt die Spitalabteilung. Mit deren Wahl ist die Kostenbeteiligung bestimmt.

Folgende Kostenbeteiligungen werden erhoben:

Abteilung	Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr
Allgemeine Abteilung:	keine
Allgemeine Abteilung Komfort Zweibettzimmer:	10% bis max. CHF 200
Allgemeine Abteilung Komfort Einbettzimmer:	10% bis max. CHF 200
Halbprivate Abteilung:	15% bis max. CHF 1'500
Private Abteilung:	25% bis max. CHF 4'500

Diese Kostenbeteiligung gilt auch bei Mutterschaft.

Die Kostenbeteiligung entfällt, wenn gemäss diesen Versicherungsbedingungen Pauschalvergütungen ausgerichtet werden. Davon ausgenommen sind die versicherten Leistungen 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, können Kostenbeteiligungen, die den Betrag von CHF 4'500 pro Kalenderjahr übersteigen, zurückgefordert werden.

ÖKK PRIVAT UNFALL

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2019

INHALTSVERZEICHNIS

1.	**Versicherungsgrundlagen**	**38**
1.1	Versicherungsträger	38
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	38
1.3	Zweck	38
1.4	Leistungsvoraussetzung	38
1.5	Örtlicher Geltungsbereich	38
1.6	Versicherungsabschluss	38
2.	**Stationäre Behandlung**	**38**
2.1	Spitalbehandlung	38
2.2	Langzeitbehandlung	38
2.3	Stationäre Rehabilitation	38
2.4	Leistung im Ausland	38
2.5	Kur	38
2.6	Rooming-in	39
3.	**Besondere Leistungen**	**39**
3.1	Haushaltshilfe	39
3.2	Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen	39
3.3	Kinderhütedienst	39
3.4	Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen	39
3.5	Hilfsmittel	39
4.	**CASAMED-Variante**	**39**
4.1	Zusätzliche Bedingungen	39
4.2	Hausarztprinzip	40
4.3	Ausnahmen vom Hausarztprinzip	40
4.4	Spitäler	40
4.5	Notfall	40
4.6	Leistungsausschluss	40

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen ÖKK UNO (GB ÖKK UNO) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung. Soweit die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung von den GB ÖKK UNO abweichen, gehen die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung den GB ÖKK UNO vor.

1.3 Zweck

Die Versicherung leistet bei Unfall. Sie leistet für stationäre Behandlungen, Kuren, Langzeitbehandlungen, spitalexterne Haushaltshilfe und Transportkosten.

Die Versicherung leistet in Ergänzung zur Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine Sozialversicherung gedeckt ist. Bestehen weitere Versicherungen beim Versicherer mit Leistungen bei ambulanter oder stationärer Behandlung, gehen die Leistungen dieser Versicherungen denen von ÖKK PRIVAT UNFALL vor.

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.

Die Versicherung leistet bei stationärer Behandlung, wenn sie in einem Listen- oder Vertragsspital erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

Für psychiatrische Behandlungen werden in keinem Fall Leistungen erbracht.

Die Versicherung leistet in Höhe der Mehrkosten der privaten zur allgemeinen Abteilung eines Listenspitals im Wohnkanton der versicherten Person, wenn die Behandlung in einem Spital ohne anerkanntem Tarif erfolgt. Im Notfall besteht volle Kostendeckung.

Ein Unfall und dessen Folgen sind versichert, wenn sich der Unfall während der Dauer der Versicherungsdeckung ereignet hat.

1.5 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung leistet in der Schweiz, bei Notfall weltweit.

1.6 Versicherungsabschluss

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

Sie kann nur zusammen mit einer der folgenden Versicherungsabteilungen des Versicherers abgeschlossen bzw. geführt werden:

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

2. Stationäre Behandlung

2.1 Spitalbehandlung

Die Versicherung übernimmt bei Spitalaufenthalt die Kosten der privaten Abteilung. Die Kostenbeteiligungen der Krankenpflegeversicherung nach KVG werden nicht übernommen.

2.2 Langzeitbehandlung

Die Versicherung leistet Tagespauschalen von CHF 70 vom ersten bis 90., CHF 35 vom 91. bis 180. Tag einmal innerhalb von drei Kalenderjahren, wenn

- die Betreuung eines chronisch Kranken den Aufenthalt in einem dafür geeigneten Listen- oder Vertragsspital erfordert, oder
- ein Aufenthalt in einem Akutspital die Eigenschaft einer Langzeitbehandlung eines chronisch Kranken annimmt. In diesem Fall kann der Versicherer seine Leistungen nach einmonatiger Voranzeige herabsetzen. Die Spitaltage werden dabei ab Voranzeigedatum an die Leistungsdauer angerechnet.

Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der privaten Abteilung, leistet die Versicherung Tagespauschalen von CHF 50 vom ersten bis 90., CHF 25 vom 91. bis 180. Tag.

2.3 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten Rehabilitationsklinik, leistet die Versicherung in den ersten 60 Tagen gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziffer 2.1.

Unter Anrechnung der vorangegangenen Aufenthaltsdauer leistet die Versicherung ab dem 61. Tag gemäss den Bedingungen bei Langzeitbehandlung Ziffer 2.2.

2.4 Leistung im Ausland

2.4.1 Notfall

Die Versicherung leistet für die notfallmässige stationäre Behandlung in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandaufenthalts bis zur vollen Kostendeckung in der privaten Abteilung, so lange ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist.

2.4.2 Kostengutsprachegesuch

Dem Versicherer ist sofort, spätestens innert zehn Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprachegesuch einzureichen.

2.5 Kur

2.5.1 Erholungskur

Die Versicherung leistet an eine ärztlich verordnete Erholungskur im Anschluss an einen Spitalaufenthalt CHF 90 pro Tag, bis zu 21 Tage pro Fall.

Es besteht freie Wahl unter den vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Kuranstalten. Die anerkannten Kuranstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die beim Versicherer eingesehen werden kann.

2.5.2 Badekur

Die Versicherung leistet CHF 50 pro Tag, bis zu 21 Tage pro Kalenderjahr.

Es besteht freie Wahl unter den vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern. Die anerkannten Kuranstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die beim Versicherer eingesehen werden kann.

Die Versicherung leistet unabhängig davon, ob die versicherte Person stationär behandelt wird oder privat am Ort des Heilbades wohnt.

Der Versicherer kann eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Schlusskontrolle mit Schlussbericht vom einweisenden Arzt verlangen.

2.5.3 Andere Kur

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

2.5.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt

Die ärztliche Verordnung mit Diagnose für einen Kuraufenthalt ist dem Versicherer 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.

2.6 Rooming-in

Wird ein Kind bis zwölf Jahre stationär behandelt, leistet PRIVAT UNFALL 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 PRIVAT UNFALL aus der Versicherung des Elternteils für den Aufenthalt eines Kindes bis zwölf Jahre im Zimmer des Elternteils bis CHF 50 pro Tag.

3. Besondere Leistungen

3.1 Haushaltshilfe

3.1.1 Im Allgemeinen

Kann ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, leistet die Versicherung auf ärztliche Verordnung Beiträge an spitalexterne Haushaltshilfe, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

3.1.2 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet an die Kosten einer anerkannten Haushaltshilfe bis CHF 60 pro Tag, höchstens CHF 630 pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringer und dem Versicherer fehlt.

Ist die versicherte Person für die Betreuung eines Kindes bis zwölf Jahre verantwortlich, leistet die Versicherung bis CHF 100 pro Tag, höchstens CHF 1'300 pro Kalenderjahr.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

3.1.3 Leistungserbringer

Als Haushaltshilfe wird anerkannt, wer gewerbsmässig oder für eine vom Versicherer vertraglich anerkannte Organisation den Haushalt der versicherten Person besorgt.

Die Hilfe durch Angehörige der versicherten Person wird anerkannt, wenn dem Angehörigen Erwerbsausfall oder Fahrspesen entstehen.

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

3.2 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

Die Versicherung leistet 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 und
- für Rettungs- und Bergungsaktionen

insgesamt bis CHF 30'000 pro Kalenderjahr.

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

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

3.3 Kinderhütedienst

3.3.1 Im Allgemeinen

Die Versicherung des versicherten Kindes leistet für den von einer Sektion des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) durchgeführten Betreuungs- und Pflegedienst für Kinder bis zwölf Jahre.

Voraussetzung ist eine vertragliche Regelung zwischen dem Versicherer und dem SRK.

3.3.2 Leistungsvoraussetzung

Die Leistung wird erbracht, wenn das Kind infolge Unfall gemäss Beurteilung des SRK Betreuung oder Pflege bedarf. Die Leistungserbringung ist auf das vom SRK ausgebildete und beauftragte Fachpersonal beschränkt.

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

3.3.3 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet für den Betreuungs- und Pflegedienst bis CHF 30 pro Stunde, höchstens CHF 600 pro Kalenderjahr.

3.4 Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen

3.4.1 Behandlung durch Ärzte ohne KVG-Unterstellung

Die Versicherung erstattet für Behandlungen durch Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss KVG-Tarif.

3.4.2 Privatsprechstunde bei Spitalärzten ohne KVG-Unterstellung

Die Versicherung erstattet für ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspitalärzten, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem Tarif.

3.4.3 Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland

Die Versicherung deckt bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland im Nachgang zu den Leistungen der Krankenpflegeversicherung nach KVG die vollen Kosten, wenn die versicherte Person keine Deckung über die Versicherungen ÖKK PRIVAT-ZUSATZ, ÖKK OPTIMA, ÖKK PREMIUM oder eine gleichwertige Versicherung des Versicherers hat.

3.5 Hilfsmittel

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.

4. CASAMED-Variante

4.1 Zusätzliche Bedingungen

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

4.2 Hausarztprinzip

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

Die Versicherung kann telemedizinische Institutionen als Hausarzt anerkennen.

4.3 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.

4.4 Spitäler

Die Versicherung kann Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Behandlung der versicherten Person ausschliesslich obliegt.

4.5 Notfall

Die Versicherung leistet bei Notfällen ungeachtet vom Hausarztprinzip.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

4.6 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.

ÖKK FAMILY

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2019

INHALTSVERZEICHNIS

1.	**Versicherungsgrundlagen**	**42**
1.1	Versicherungsträger	42
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	42
1.3	Zweck	42
1.4	Leistungsvoraussetzung	42
1.5	Örtlicher Geltungsbereich	42
1.6	Versicherungsabschluss	42
2.	**Ambulante Behandlung**	**42**
2.1	Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland	42
2.2	Nichtärztliche Psychotherapie	42
2.3	Thermalbad	42
2.4	Sterilisation	42
3.	**Stationäre Behandlung**	**42**
3.1	Spitalbehandlung	42
3.2	Stationäre Rehabilitation	42
3.3	Psychiatrische Behandlung	42
3.4	Notfall im Ausland	42
3.5	Kur	42
3.6	Haushaltshilfe	43
3.7	Kinderhütedienst	43
3.8	Rooming-in	43
4.	**Mutterschaft**	**43**
4.1	Kosten der stationären Behandlung	43
4.2	Zweibettzimmer oder Familienzimmer	43
4.3	Geburt im Geburtshaus	43
4.4	Haushaltshilfe nach Geburt	43
4.5	Geburtsvorbereitung	43
4.6	Stillgeld	44
5.	**Prävention**	**44**
5.1	Check-up-Untersuchung	44
5.2	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung	44
5.3	Gesundheitskonto	44
5.4	Impfung	44
6.	**Hilfsmittel**	**44**
6.1	Sehhilfen	44
6.2	Andere Hilfsmittel	44
7.	**Zahnärztliche Behandlung**	**44**
7.1	Weisheitszähne	4
7.2	Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche	44
7.3	Leistung des Gemeinwesens	44
7.4	Leistungserbringer und Tarif	44
7.5	Behandlung im Ausland	44
8.	**Alternativmedizin**	**44**
9.	**Medikamente und Heilmittel**	**45**
9.1	Nichtpflichtmedikamente	45
9.2	Natürliche Heilmittel	45
10.	**Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten**	**45**
10.1	Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen	45
10.2	Suchaktionen	45
10.3	Fahrtspesen	45
11.	**CASAMED-Variante**	**45**
11.1	Im Allgemeinen	45
11.2	Hausarztprinzip	45
11.3	Ausnahmen vom Hausarztprinzip	45
11.4	Spitäler	45
11.5	Andere Fachpersonen	45
11.6	Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel	45
11.7	Weitere Leistungserbringer	45
11.8	Notfall	45
11.9	Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante	45
11.10	Leistungsabwicklung	45

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen ÖKK UNO (GB ÖKK UNO) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung. Soweit die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung von den GB ÖKK UNO abweichen, gehen die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung den GB ÖKK UNO vor.

1.3 Zweck

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

Die Versicherung erbringt Leistungen an Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente, natürliche Heilmittel, Kuren, spitalexterne Haushaltshilfe und zahlt ein Stillgeld aus.

Die Versicherung 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.

Die Versicherung leistet vorgängig zu allen anderen beim Versicherer abgeschlossenen Versicherungen nach VVG. Selbstbehalte werden bei jeder Versicherung in Abzug gebracht.

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.

Die Versicherung leistet bei stationärer Behandlung, wenn die Behandlung in einem Listen- oder Vertragsspital erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG 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 bei Notfall im Ausland

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

2.2 Nichtärztliche Psychotherapie

2.2.1 Leistungsumfang

Die Versicherung 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.

2.2.2 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprachegesuches durch den Vertrauensarzt.

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

2.3 Thermalbad

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

2.4 Sterilisation

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

3. Stationäre Behandlung

3.1 Spitalbehandlung

3.1.1 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet, wenn die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne von BASIS ist.

3.1.2 Leistungsumfang

Die Versicherung 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 die Versicherung eine Pauschale von CHF 30 pro Tag.

3.1.4 Behandlung in anderen Spitälern

Erfolgt die Behandlung in einem anderen Spital als einem Listen- oder Vertragsspital, leistet die Versicherung bis CHF 30 pro Tag.

3.2 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten Rehabilitationsklinik, leistet die Versicherung bis zu 60 Tage pro Kalenderjahr in der allgemeinen Abteilung.

3.3 Psychiatrische Behandlung

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

3.4 Notfall im Ausland

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

Dem Versicherer ist sofort, spätestens innert zehn Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprachegesuch einzureichen.

3.5 Kur

3.5.1 Erholungskur

Die Versicherung 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 vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Kuranstalten.

3.5.2 Badekur
Die Versicherung leistet CHF 30 pro Tag, bis zu 21 Tage pro Kalenderjahr.

Es besteht freie Wahl unter den vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern.

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

3.5.3 Andere Kur
Die Versicherung 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 dem Versicherer 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 Haushaltshilfe
3.6.1 Im Allgemeinen
Kann bei Krankheit oder Unfall ein Spitalaufenthalt vermieden oder verkürzt werden, leistet die Versicherung auf ärztliche Verordnung Beiträge an spitalexterne Haushaltshilfe, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

3.6.2 Leistungsumfang
Die Versicherung leistet an die Kosten einer anerkannten Haushaltshilfe bis CHF 50 pro Tag, höchstens CHF 1'000 pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringer und dem Versicherer fehlt.

Ist die versicherte Person für die Betreuung eines Kindes bis zwölf Jahre verantwortlich, leistet die Versicherung 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 Haushaltshilfe wird anerkannt, wer gewerbsmässig oder für eine vom Versicherer vertraglich anerkannte Organisation den Haushalt der versicherten Person besorgt.

Die Hilfe durch Angehörige der versicherten Person wird anerkannt, wenn dem Angehörigen Erwerbsausfall entsteht.

3.7 Kinderhütedienst
3.7.1 Im Allgemeinen
Die Versicherung leistet Beiträge an durchgeführte Betreuungs- und Pflegedienste für Kinder bis zwölf Jahre. Voraussetzung ist eine vertragliche Regelung zwischen dem Versicherer und einer vom Versicherer 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 vom Versicherer anerkannten Organisation.

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

3.7.3 Leistungsumfang
Die Versicherung 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 die Versicherung des Kindes für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes bis CHF 100 pro Tag.

Wird ein Elternteil stationär behandelt, leistet die Versicherung des Elternteils für den Aufenthalt eines Kindes bis zwölf Jahre im Zimmer des Elternteils bis CHF 100 pro Tag.

4. Mutterschaft

4.1 Kosten der stationären Behandlung
Die Versicherung deckt die von BASIS nicht gedeckten Kosten einer Geburt im Spital, allgemeine Abteilung.

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

4.2 Zweibettzimmer oder Familienzimmer
Die Versicherung leistet bei Geburt bis CHF 200 pro Tag der Mehrkosten eines Zweibett- oder Familienzimmers in einem Listen- oder Vertragsspital.

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

4.3 Geburt im Geburtshaus
Die Versicherung leistet bis CHF 2'000 pro Geburt bei Geburt in einem vom Versicherer anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist.

4.4 Haushaltshilfe nach Geburt
4.4.1 Im Allgemeinen
Die Versicherung leistet Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushaltshilfe durch vom Versicherer anerkanntes Personal.

Die Beiträge werden anstelle der Leistungen gemäss Ziffer 3.6 geleistet.

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

4.4.2 Leistungsumfang bei Spitalgeburt
Die Versicherung 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
Die Versicherung leistet in Anschluss an eine Hausgeburt oder ambulante Geburt bis CHF 100 pro Tag, höchstens CHF 1'200 pro Kalenderjahr.

4.5 Geburtsvorbereitung
Die Versicherung 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

Die Versicherung 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

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

Die Umschreibung einer Check-up-Untersuchung kann beim Versicherer eingesehen werden.

5.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Die Versicherung 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

Die Versicherung leistet an die Kosten für ausgewählte Präventivmassnahmen in den vom Versicherer bezeichneten Bereichen Familie, Ernährung, Bewegung und sonstige Prävention je Bereich 50%, bis CHF 200 pro Kalenderjahr.

Der von der Versicherung geleistete Beitrag an einzelne anerkannte Präventivmassnahmen kann begrenzt werden.

Werden in einem Jahr mehrere Präventivmassnahmen aus verschiedenen Bereichen in Anspruch genommen, leistet die Versicherung bis CHF 500 pro Kalenderjahr.

5.3.2 Leistungsvoraussetzung

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

Die einzelnen vom Versicherer anerkannten Präventivmassnahmen können beim Versicherer eingesehen werden.

5.4 Impfung

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

6. Hilfsmittel

6.1 Sehhilfen

Die Versicherung leistet an die Kosten von zur Sehkorrektur benötigte Brillengläser und Kontaktlinsen bis CHF 200 pro Kalenderjahr.

6.2 Andere Hilfsmittel

Die Versicherung 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. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel.

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

7. Zahnärztliche Behandlung

7.1 Weisheitszähne

Die Versicherung 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

Die Versicherung 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.

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

7.3 Leistung des Gemeinwesens

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

7.4 Leistungserbringer und Tarif

Die Festsetzung zahnärztlicher Leistungen richtet sich nach dem geltenden Zahnarzttarif SSO (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft), wobei es die Tarifstruktur «KVG-Tarif» und «revidierter Zahnarzttarif UV/MV/IV» gibt.

Die Versicherung leistet zum jeweils maximalen Sozialversicherungstarif (Taxpunktwert und Taxpunkte) der vom Leistungserbringer verwendeten Tarifstruktur.

7.5 Behandlung im Ausland

Die Versicherung 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

Die Versicherung leistet bei alternativmedizinischer Behandlung.

Die Versicherung leistet 70% der Kosten, bis CHF 10'000 pro Kalenderjahr, wenn die Therapiemethode (z. B. Teilbereiche von traditioneller chinesischer Medizin, naturheilkundlichen Praktiken) und der Therapeut oder der Arzt vom Versicherer anerkannt sind.

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

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

Die Versicherung leistet nicht für Therapiemethoden und Behandlungen von Therapeuten, die auf der Negativliste des Versicherers 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

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

9.2 Natürliche Heilmittel

Die Versicherung 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 des Versicherers stehen.

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten

10.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

10.1.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet 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

insgesamt bis CHF 50'000 pro Kalenderjahr.

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

10.1.2 Selbstbehalt

Die versicherte Person 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

Die Versicherung 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 die Versicherung 90%, bis CHF 100 pro Kalenderjahr der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel.

Die Versicherung leistet zusätzlich 90%, bis CHF 300 pro Kalenderjahr an versicherte Personen in Dialyse-, Strahlen oder Chemotherapie.

11. CASAMED-Variante

11.1 Im Allgemeinen

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

11.2 Hausarztprinzip

Die Versicherung leistet nach dem Hausarztprinzip. Leistungen müssen vom CASAMED-Hausarzt, bei dem die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können vom Versicherer als CASAMED-Hausärzte anerkannt werden.

11.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip

Die Versicherung 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.

Die Versicherung 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

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

11.5 Andere Fachpersonen

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

11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel

Der Versicherer 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

Der Versicherer 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

Die Versicherung 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 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.

11.9.2 Ausschluss CASAMED-Variante

Der Versicherer kann die versicherte Person bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten aus der CASAMED-Variante in die ordentliche Versicherungsvariante umteilen.

11.10 Leistungsabwicklung

11.10.1 Pauschalabrechnung

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

11.10.2 Veranlasste Leistung

Der Versicherer kann bei veranlasster Leistung vor der Leistungsvergütung von der versicherten Person oder vom CASAMED-Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

ÖKK FAMILY FLEX

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2019

INHALTSVERZEICHNIS

1. Versicherungsgrundlagen 47
1.1 Versicherungsträger 47
1.2 Gemeinsame Bestimmungen 47
1.3 Zweck 47
1.4 Leistungsvoraussetzung 47
1.5 Örtlicher Geltungsbereich 47
1.6 Versicherungsabschluss 47

2. Ambulante Behandlung 47
2.1 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland 47
2.2 Nichtärztliche Psychotherapie 47
2.3 Thermalbad 47
2.4 Sterilisation 47

3. Stationäre Behandlung 47
3.1 Spitalbehandlung 47
3.2 Stationäre Rehabilitation 47
3.3 Psychiatrische Behandlung 48
3.4 Notfall Im Ausland 48
3.5 Kur 48
3.6 Haushaltshilfe 48
3.7 Kinderhütedienst 48
3.8 Rooming-in 48

4. Mutterschaft 48
4.1 Kosten der stationären Behandlung 48
4.2 Geburt im Geburtshaus 48
4.3 Haushaltshilfe nach Geburt 48
4.4 Geburtsvorbereitung 49
4.5 Stillgeld 49

5. Prävention 49
5.1 Check-up-Untersuchung 49
5.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung 49
5.3 Gesundheitskonto 49
5.4 Impfung 49

6. Hilfsmittel 49
6.1 Sehhilfen 49
6.2 Andere Hilfsmittel 49

7. Zahnärztliche Behandlung 49
7.1 Weisheitszähne 49
7.2 Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche 49
7.3 Leistung des Gemeinwesens 49
7.4 Leistungserbringer und Tarif 49
7.5 Behandlung im Ausland 49

8. Alternativmedizin 49

9. Medikamente und Heilmittel 50
9.1 Nichtpflichtmedikamente 50
9.2 Natürliche Heilmittel 50

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten 50
10.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen 50
10.2 Suchaktionen 50
10.3 Fahrtspesen 50

11. CASAMED-Variante 50
11.1 Im Allgemeinen 50
11.2 Hausarztprinzip 50
11.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip 50
11.4 Spitäler 50
11.5 Andere Fachpersonen 50
11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel 50
11.7 Weitere Leistungserbringer 50
11.8 Notfall 50
11.9 Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante 50
11.10 Leistungsabwicklung 51

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen ÖKK UNO (GB ÖKK UNO) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung. Soweit die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung von den GB ÖKK UNO abweichen, gehen die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung den GB ÖKK UNO vor.

1.3 Zweck

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

Die Versicherung erbringt Leistungen an Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente, natürliche Heilmittel, Kuren, spitalexterne Haushaltshilfe und zahlt ein Stillgeld aus.

Die Versicherung 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.

Die Versicherung leistet vorgängig zu allen anderen beim Versicherer abgeschlossenen Versicherungen nach VVG. Selbstbehalte werden bei jeder Versicherung in Abzug gebracht.

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.

Die Versicherung leistet bei stationärer Behandlung, wenn die Behandlung in einem Listen- oder Vertragsspital erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG 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 bei Notfall im Ausland

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

2.2 Nichtärztliche Psychotherapie

2.2.1 Leistungsumfang

Die Versicherung 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.

2.2.2 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprachegesuches durch den Vertrauensarzt.

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

2.3 Thermalbad

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

2.4 Sterilisation

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

3. Stationäre Behandlung

3.1 Spitalbehandlung

3.1.1 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet, wenn die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne von BASIS ist.

3.1.2 Leistungsumfang

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

Die versicherte Person wählt vor Spitaleintritt die Abteilung mit entsprechender Kostenbeteiligung.

3.1.3 Versicherte Abteilung und Kostenbeteiligung

Die versicherte Person kann unter folgenden Abteilungen wählen:

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

Bei Geburt in einem Listen- oder Vertragsspital 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.

Die Versicherung 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 einer vom Versicherer anerkannten Rehabilitationsklinik, leistet die Versicherung bis zu 60 Tage pro Kalenderjahr in der versicherten Abteilung gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziffer 3.1.3.

3.3 Psychiatrische Behandlung

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik leistet die Versicherung bis zu 90 Tage pro drei Kalenderjahren in der versicherten Abteilung gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziffer 3.1.3.

3.4 Notfall Im Ausland

Die Versicherung leistet bei Notfall im Ausland für stationäre Behandlung in der versicherten Abteilung eines Akutspitals bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziffer 3.1.3, solange ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist. Dem Versicherer ist sofort, spätestens innert zehn Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprachegesuch einzureichen.

3.5 Kur

3.5.1 Erholungskur

Die Versicherung 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 vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Kuranstalten.

3.5.2 Badekur

Die Versicherung leistet CHF 30 pro Tag, bis zu 21 Tage pro Kalenderjahr.

Es besteht freie Wahl unter den vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern.

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

3.5.3 Andere Kur

Die Versicherung 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 dem Versicherer 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 Haushaltshilfe

3.6.1 Im Allgemeinen

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

3.6.2 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet an die Kosten einer anerkannten Haushaltshilfe bis CHF 50 pro Tag, höchstens CHF 1'000 pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringer und dem Versicherer fehlt.

Ist die versicherte Person für die Betreuung eines Kindes bis zwölf Jahre verantwortlich, leistet die Versicherung 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 Haushaltshilfe wird anerkannt, wer gewerbsmässig oder für eine vom Versicherer vertraglich anerkannte Organisation den Haushalt der versicherten Person besorgt.

Die Hilfe durch Angehörige der versicherten Person wird anerkannt, wenn dem Angehörigen Erwerbsausfall entsteht.

3.7 Kinderhütedienst

3.7.1 Im Allgemeinen

Die Versicherung leistet Beiträge an durchgeführte Betreuungs- und Pflegedienste für Kinder bis zwölf Jahre.

Voraussetzung ist eine vertragliche Regelung zwischen dem Versicherer und einer vom Versicherer 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 vom Versicherer anerkannten Organisation.

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

3.7.3 Leistungsumfang

Die Versicherung 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 die Versicherung aus der Versicherung des Kindes die Kosten für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes.

Wird ein Elternteil stationär behandelt, leistet die Versicherung 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 die Versicherung der Mutter die ungedeckten Kosten des Kindes im Spital in der versicherten Abteilung gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziffer 3.1.3.

4.2 Geburt im Geburtshaus

Die Versicherung leistet bis CHF 2'000 pro Geburt bei Geburt in einem vom Versicherer anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist.

4.3 Haushaltshilfe nach Geburt

4.3.1 Im Allgemeinen

Die Versicherung leistet Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushaltshilfe durch vom Versicherer anerkanntes Personal.

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

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

4.3.2 Leistungsumfang bei Spitalgeburt

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

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

Die Umschreibung einer Check-up-Untersuchung kann beim Versicherer eingesehen werden.

5.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
Die Versicherung 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
Die Versicherung leistet an die Kosten für ausgewählte Präventivmassnahmen in den vom Versicherer bezeichneten Bereichen Familie, Ernährung, Bewegung und sonstige Prävention je Bereich 50%, bis CHF 200 pro Kalenderjahr.

Der von der Versicherung geleistete Beitrag an einzelne anerkannte Präventivmassnahmen kann begrenzt werden.

Werden in einem Jahr mehrere Präventivmassnahmen aus verschiedenen Bereichen in Anspruch genommen, leistet die Versicherung bis CHF 500 pro Kalenderjahr.

5.3.2 Leistungsvoraussetzung
Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

Die einzelnen vom Versicherer anerkannten Präventivmassnahmen können beim Versicherer eingesehen werden.

5.4 Impfung
Die Versicherung leistet 90%, bis CHF 200 pro Kalenderjahr für medizinisch anerkannte Impfungen.

6. Hilfsmittel
6.1 Sehhilfen
Die Versicherung leistet an die Kosten von zur Sehkorrektur benötigte Brillengläser und Kontaktlinsen bis CHF 200 pro Kalenderjahr.

6.2 Andere Hilfsmittel
Die Versicherung 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. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel.

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

7. Zahnärztliche Behandlung
7.1 Weisheitszähne
Die Versicherung 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
Die Versicherung 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.

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

7.3 Leistung des Gemeinwesens
Die Versicherung rechnet Leistungen der Kantone und Gemeinden an. Die Versicherung leistet im Nachgang.

7.4 Leistungserbringer und Tarif
Die Festsetzung zahnärztlicher Leistungen richtet sich nach dem geltenden Zahnarzttarif SSO (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft), wobei es die Tarifstruktur «KVG-Tarif» und «revidierter Zahnarzttarif UV/MV/IV» gibt.

Die Versicherung leistet zum jeweils maximalen Sozialversicherungstarif (Taxpunktwert und Taxpunkte) der vom Leistungserbringer verwendeten Tarifstruktur.

7.5 Behandlung im Ausland
Die Versicherung 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
Die Versicherung leistet bei alternativmedizinischer Behandlung.

Die Versicherung leistet 70% der Kosten, bis CHF 10'000 pro Kalenderjahr, wenn die Therapiemethode (z. B. Teilbereiche von traditioneller chinesischer Medizin, naturheilkundlichen Praktiken) und der Therapeut oder der Arzt vom Versicherer anerkannt sind.

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

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

Die Versicherung leistet nicht für Therapiemethoden und Behandlungen von Therapeuten, die auf der Negativliste des Versicherers 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

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

9.2 Natürliche Heilmittel

Die Versicherung 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 des Versicherers stehen.

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten

10.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

10.1.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet 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 und
- 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

Die versicherte Person 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

Die Versicherung 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 die Versicherung 90%, bis CHF 100 pro Kalenderjahr der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel.

Die Versicherung leistet zusätzlich 90%, bis CHF 300 pro Kalenderjahr an versicherte Personen in Dialyse-, Strahlen oder Chemotherapie.

11. CASAMED-Variante

11.1 Im Allgemeinen

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

11.2 Hausarztprinzip

Die Versicherung leistet nach dem Hausarztprinzip. Leistungen müssen vom CASAMED-Hausarzt, bei dem die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können vom Versicherer als CASAMED-Hausärzte anerkannt werden.

11.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip

Die Versicherung 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.

Die Versicherung 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

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

11.5 Andere Fachpersonen

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

11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel

Der Versicherer 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

Der Versicherer 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

Die Versicherung 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 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.

11.9.2 Ausschluss CASAMED-Variante

Der Versicherer kann die versicherte Person bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten aus der CASAMED-Variante in die ordentliche Versicherungsvariante umteilen.

11.10 Leistungsabwicklung

11.10.1 Pauschalabrechnung

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

11.10.2 Veranlasste Leistung

Der Versicherer kann bei veranlasster Leistung vor der Leistungsvergütung von der versicherten Person oder vom CASAMED-Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

ÖKK SALTO

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2019

INHALTSVERZEICHNIS

1. Versicherungsgrundlagen 53
1.1 Gemeinsame Bestimmungen 53
1.2 Zweck 53
1.3 Versicherte Personen 53
1.4 Automatischer Übertritt in ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ oder ÖKK OPTIMA, ÖKK KOMBI ALLGEMEIN und ÖKK TOURIST 53
1.5 Vorzeitiger Übertritt in ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ oder ÖKK OPTIMA, ÖKK KOMBI ALLGEMEIN und ÖKK TOURIST 53
1.6 Leistungsvoraussetzung 53
1.7 Stationäre Leistungsstufe und Spitaltarife 53

2. Ambulante Behandlung 53
2.1 Notfallbehandlung im Ausland 53
2.2 Leistungsdauer 53

3. Stationäre Behandlung 53
3.1 Akutbehandlung 53
3.2 Stationäre Rehabilitation 54
3.3 Psychiatrische Behandlung 54
3.4 Leistungen im Ausland bei Notfällen 54

4. Mutterschaft 54
4.1 Kosten der stationären Behandlung 54
4.2 Geburt in Geburtshaus 54

5. Zusatz-Dienstleistungen im Ausland 54
5.1 Maximaldeckung 54
5.2 Besuchsreise und Extra-Rückreise 54
5.3 Kostenvorschuss an ein Spital 54
5.4 Benachrichtigung von Personen zu Hause 54
5.5 Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland 54
5.6 Medizinische Beratung durch Ärzte 54
5.7 Leistungsausschlüsse 54
5.8 Pflichten im Schadenfall 55

6. Unfall-Zusatz 55

7. Prävention 55
7.1 Impfungen 55
7.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung 55
7.3 Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten 55
7.4 Weitere Präventivmassnahmen 55

8. Hilfsmittel 55
8.1 Sehhilfen 55
8.2 Übrige Hilfsmittel 55

9. Zahnärztliche Behandlung / Weisheitszähne 55
9.1 Allgemeines 55
9.2 Leistungserbringer und Tarif 55
9.3 Behandlung im Ausland 55

10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Fahrtspesen 55
10.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen 55
10.2 Suchaktionen 56

11. CASAMED-Variante 56
11.1 Allgemeines 56
11.2 Allgemeine Leistungsvoraussetzung 56
11.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip 56
11.4 Spitalwahl 56
11.5 Andere Fachpersonen 56
11.6 Weitere Leistungserbringer 56
11.7 Notfälle 56
11.8 Leistungsausschluss 56
11.9 Leistungsabwicklung 56

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen ÖKK UNO (GB ÖKK UNO) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung. Soweit die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung von den GB ÖKK UNO abweichen, gehen die Bestimmungen dieser Versicherungsabteilung den GB ÖKK UNO vor.

1.2 Zweck

Die Versicherung erbringt Leistungen an ambulante und stationäre Behandlungen sowie Notfälle im Ausland.

Die Versicherung erbringt Leistungen an Impfungen, Hilfsmittel, Weisheitszahn-Extraktionen, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen und an Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten.

Die Versicherung bezweckt zudem die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen im Akutspital bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft.

Ausserdem erbringt die Versicherung 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 der Versicherung werden im Nachgang zu allen anderen beim Versicherer abgeschlossenen Versicherungsabteilungen nach VVG erbracht.

Die Versicherung 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.

1.3 Versicherte Personen

Die Versicherung kann ab Beginn des 19. Altersjahres bis zum vollendeten 30. Altersjahr abgeschlossen werden.

1.4 Automatischer Übertritt in ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ oder ÖKK OPTIMA, ÖKK KOMBI ALLGEMEIN und ÖKK TOURIST

Die Versicherung erlischt am 31. Dezember des Jahres, in welchem das 32. Altersjahr vollendet wird. Der automatische Übertritt in die Versicherungsabteilungen ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ (für Verträge mit Versicherungsbeginn bis 31.12.2009) oder ÖKK OPTIMA (für Verträge mit Versicherungsbeginn ab 1.1.2010), ÖKK 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 GB ÖKK UNO unverändert weitergeführt werden.

1.5 Vorzeitiger Übertritt in ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ oder ÖKK OPTIMA, ÖKK KOMBI ALLGEMEIN und ÖKK TOURIST

Ein vorzeitiger Übertritt in die Versicherungsabteilungen ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ (für Verträge mit Versicherungsbeginn bis 31.12.2009) oder ÖKK OPTIMA (für Verträge mit Versicherungsbeginn ab 1.1.2010), ÖKK 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 GB ÖKK UNO 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 beim Versicherer Auskunft eingeholt werden.

Die Versicherung leistet bei stationärer Behandlung, wenn sie in einem Listen- oder Vertragsspital erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

1.6.2 Behandlung in anderen Spitälern

Bei Behandlungen in anderen Spitälern sind Leistungen gemäss Ziffer 3.1.4 versichert.

1.6.3 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

Folgende Leistungsstufe wird für die Versicherung geführt:

– Allgemeine Abteilung (Mehrbettzimmer) eines Spitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz.

1.7.2 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 Listen- oder Vertragsspitals.

Die vom Versicherer allfällig festgelegten Maximaltarife können beim Versicherer eingesehen werden.

1.7.3 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 beim Versicherer auf einer Liste geführt, die eingesehen werden kann.

2. Ambulante Behandlung

2.1 Notfallbehandlung im Ausland

Bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus der Versicherung im Nachgang zu den Leistungen der BASIS die vollen Kosten gedeckt.

2.2 Leistungsdauer

Sofern die Bestimmungen der Versicherung nichts anderes vorsehen, werden die Leistungen zeitlich unbegrenzt ausgerichtet.

3. Stationäre Behandlung

3.1 Akutbehandlung

3.1.1 Leistungsvoraussetzung

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

3.1.2 Leistungsumfang

Die Versicherung 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 der Versicherung gedeckt:
– Die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, wird eine Pauschale von CHF 30/Tag ausgerichtet.

3.1.4 Behandlung in anderen Spitälern
Erfolgt die Behandlung in einem anderen Spital als einem Listen- oder Vertragsspital, so ist höchstens eine Pauschale von CHF 30/Tag gedeckt.

3.2 Stationäre Rehabilitation
Erfolgt die medizinische Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten Rehabilitationsklinik, gewährt die Versicherung für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen.

Die Rehabilitationskliniken werden auf einer Liste aufgeführt, die beim Versicherer eingesehen werden kann.

3.3 Psychiatrische Behandlung
Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik übernimmt die Versicherung 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
Die Versicherung 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 beim Versicherer sofort, spätestens jedoch innert 10 Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprachegesuch einzureichen.

4. Mutterschaft
4.1 Kosten der stationären Behandlung
Die Versicherung 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 Versicherung der Mutter die ungedeckten Kosten des Kindes im Spital, allgemeine Abteilung ganze Schweiz.

4.2 Geburt in Geburtshaus
Bei Geburt in einem vom Versicherer anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, werden aus der Versicherung 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 Notrufzentrale 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 Spitalaufenthalts die geplante Heimreise nicht antreten kann, organisiert die ÖKK Notrufzentrale 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 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.

5.4 Benachrichtigung von Personen zu Hause
Falls durch die ÖKK Notrufzentrale 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 Notrufzentrale vermittelt ihren Versicherten bei Bedarf einen Arzt oder ein Spital in der Gegend des Aufenthalts. Im Falle von Verständigungsproblemen leistet die ÖKK Notrufzentrale 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 Notrufzentrale 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 GB ÖKK UNO 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 Notrufzentrale 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 Notrufzentrale

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 Notrufzentrale zu benachrichtigen.

5.8.2 Entbindung von der Schweigepflicht

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen sowie Versicherer gegenüber der ÖKK Notrufzentrale bzw. dem Versicherer von der Schweigepflicht.

5.8.3 Geltendmachung des Anspruchs

Die versicherte Person hat ihren Leistungsanspruch umgehend dem Versicherer 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 Flugbilletts sind unaufgefordert dem Versicherer 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 von der betreffenden versicherten Person 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 ist 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 der Versicherung 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 kann beim Versicherer eingesehen werden.

7.4 Weitere Präventivmassnahmen

An weitere anerkannte Präventivmassnahmen können Beiträge ausgerichtet werden.

Die einzelnen vom Versicherer anerkannten Präventivmassnahmen können beim Versicherer eingesehen 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 kann beim Versicherer 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 Festsetzung zahnärztlicher Leistungen richtet sich nach dem geltenden Zahnarzttarif SSO (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft), wobei es die Tarifstruktur «KVG-Tarif» und «revidierter Zahnarzttarif UV/MV/IV» gibt.

Die Versicherung leistet zum jeweils maximalen Sozialversicherungstarif (Taxpunktwert und Taxpunkte) der vom Leistungserbringer verwendeten Tarifstruktur.

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 und
– 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 beim Versicherer in der BASIS in der Variante CASAMED versichert sind, gelten die folgenden zusätzlichen Bestimmungen.

11.2 Allgemeine Leistungsvoraussetzung
Die Leistungen der Versicherung werden erbracht, wenn sie nach dem Hausarztprinzip erfolgt sind. Leistungen müssen vom CASAMED-Hausarzt bei dem die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können vom Versicherer als CASAMED-Hausärzte anerkannt werden.

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

Die Versicherung leistet für Präventivmassnahmen im Rahmen der Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten, Transport, Suche, Rettung und Bergung, Weisheitszahn-Extraktion, Zusatzdienstleistungen im Ausland ohne Konsultation des CASAMED-Hausarztes.

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

11.5 Andere Fachpersonen
Der Versicherer kann anstelle des CASAMED-Hausarztes andere Fachpersonen bezeichnen, welche die Leistungen, die in der Versicherung 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 der Versicherung 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 kann mit den CASAMED-Hausärzten vereinbaren, dass die Leistungen der Versicherung pauschalisiert abgegolten werden.

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

ÖKK DENTAL

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2019

INHALTSVERZEICHNIS

1.	**Versicherungsgrundlagen**	**58**
1.1	Zweck	58
1.2	Versicherungsabschluss	58
1.3	Leistungsvoraussetzung	58
1.4	Ausland	58
2.	**Versicherungsmöglichkeiten**	**58**
2.1	ÖKK DENTAL PICCOLO	58
2.2	ÖKK DENTAL	58
3.	**CASAMED-Variante**	**58**
3.1	Allgemeines	58
3.2	Leistungsvoraussetzung	58
3.3	Notfälle	59
3.4	Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante	59
3.5	Prämien	59

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Zweck

Die Versicherung leistet für zahnärztliche Behandlungen und prophylaktische Massnahmen.

1.2 Versicherungsabschluss

Die Versicherung 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 der versicherten Person 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 Festsetzung zahnärztlicher Leistungen richtet sich nach dem geltenden Zahnarzttarif SSO (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft), wobei es die Tarifstruktur «KVG-Tarif» und «revidierter Zahnarzttarif UV/MV/IV» gibt.

Die Versicherung leistet zum jeweils maximalen Sozialversicherungstarif (Taxpunktwert und Taxpunkte) der vom Leistungserbringer verwendeten Tarifstruktur.

Die Versicherung 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 anteilsmässig erbracht.

1.4 Ausland

Die Leistungen der Versicherung 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. Der versicherten Person 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

Die Versicherung 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.

Der Versicherer leistet die versicherten Beträge pro Kalenderjahr.

2.2.4 Karenzfrist

Der Leistungsanspruch aus der Versicherung beginnt
- nach einer Karenzfrist 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 Karenzfrist von 6 Monaten für alle übrigen Behandlungen.

Die Karenzfrist gilt auch für Versicherungserhöhungen. Leistungen für Prophylaxe und Kontrolle unterliegen keiner Karenzfrist.

2.2.5 Geltendmachung der Ansprüche

Zur Geltendmachung des Anspruchs hat die versicherte Person die detaillierte Originalrechnung sofort, spätestens jedoch innert 30 Tagen ab Rechnungstellung vorzulegen. Aus der Rechnung muss die Behandlungsdauer sowie die einzeln aufgeführten Leistungen nach Zahnarzttarif ersichtlich sein.

3. CASAMED-Variante

3.1 Allgemeines

Die CASAMED-Variante setzt voraus, dass die versicherte Person in BASIS CASAMED versichert ist.

Für die CASAMED-Variante gelten folgende zusätzliche Bedingungen.

3.2 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden vergütet, wenn sie von einem vom Versicherer anerkannten CASAMED-Zahnarzt, bei dem die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

3.3 Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen der Versicherung gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauenszahnärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

3.4 Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante

3.4.1 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.

3.4.2 Ausschluss CASAMED-Variante

Bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten ist der Versicherer berechtigt, die versicherte Person 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
Coop Rechtsschutz AG
Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG
Ausgabe 1.1.2022

INHALTSVERZEICHNIS

VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN 62

1. Versicherungsträger 62

2. Gemeinsame Bestimmungen 62

3. Zweck 62

4. Versicherungsmöglichkeiten 62

5. Versicherungsabschluss 62

6. Versicherte Personen 62
6.1 Einzelversicherung 62
6.2 Familienversicherung 62

7. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung 62

8. Auflösung des Kollektivvertrages 62

9. Kostenbeteiligung 62

HEILUNGSKOSTEN & PERSONEN-ASSISTANCE 63

1. Leistungsvoraussetzung 63

2. Örtlicher Geltungsbereich 63

3. Zeitlicher Geltungsbereich 63

4. Versicherungsleistungen 63
4.1 Heilungskosten 63
4.2 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen 63
4.3 Besuchsreise und Reisemehrkosten 63
4.4 Deckungssumme 63
4.5 Service-Dienstleistungen 63
4.6 Leistungsausschluss 64

5. Pflichten im Schadenfall 64
5.1 Benachrichtigung der ÖKK Notrufzentrale 64
5.2 Entbindung von der Schweigepflicht 64
5.3 Geltendmachung des Anspruchs 64
5.4 Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts 64

6. Leistungen Dritter 64
6.1 Sozialversicherungen 64
6.2 Bestehende Versicherungen beim Versicherer 64
6.3 Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen 64

REISERECHTSSCHUTZ 65

1. Örtlicher Geltungsbereich 65

2. Zeitlicher Geltungsbereich 65

3. Versicherte Eigenschaften 65

4. Versicherte Reiserechtsschutz-Fälle 65

5. Versicherungsleistungen 65

6. Ausschlüsse 65

7. Anmeldung eines Rechtsschutzfalles 65

8. Abwicklung eines Rechtsschutzfalles 66

9. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten 66

10. Gerichtsstand 66

ANNULLIERUNGSKOSTEN 67

1. Örtlicher Geltungsbereich 67

2. Zeitlicher Geltungsbereich 67

3. Versicherte Ereignisse 67

4. Versicherungsleistungen 67

4.1 Grundsatz 67
4.2 Annullierungskosten 67
4.3 Mehrkosten 67
4.4 Unbenützte Reiseleistung 67
4.5 Deckungssummen 67
4.6 Leistungsausschluss 67
4.7 Chronisch Kranke 68
4.8 Forderungsabtretung 68
4.9 Haftung Versicherungsträger 68

5. Verhaltenspflichten auf Reisen 68

6. Pflichten im Schadenfall 68

7. Ansprüche gegenüber Dritten 68

8. Gerichtsstand 68

REISEGEPÄCK 69

1. Örtlicher Geltungsbereich 69

2. Zeitlicher Geltungsbereich 69

3. Versicherte Gegenstände 69

4. Nicht versicherte Gegenstände 69

5. Versicherte Ereignisse 69

6. Versicherungsleistungen 69

6.1 Leistungsumfang 69
6.2 Deckungssummen 69
6.3 Leistungsausschluss 69
6.4 Forderungsabtretung 70
6.5 Haftung Versicherungsträger 70

7. Verhaltenspflichten auf Reisen 70

8. Pflichten im Schadenfall 70

9. Gerichtsstand 70

VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

1. Versicherungsträger

Als Versicherer gilt die auf der Versicherungspolice aufgeführte Krankenversicherung. Der Versicherer ist die Anlaufstelle für sämtliche Belange der versicherten Person, sofern in diesen Bestimmungen nicht ausdrücklich eine andere Gesellschaft erwähnt wird.

Versicherungsträgerin der Heilungskosten-Versicherung & Personen-Assistance ist die ÖKK Versicherungen AG, Landquart (nachfolgend ÖKK genannt).

Versicherungsträgerin der Reiserechtsschutz-Versicherung ist die Coop Rechtsschutz AG, Aarau (nachfolgend Coop Rechtsschutz genannt). ÖKK hat zugunsten der versicherten Personen mit der Coop Rechtsschutz als Versicherungsträgerin einen Kollektivversicherungsvertrag abgeschlossen, welcher den versicherten Personen für die Reiserechtsschutz-Versicherung ein direktes Forderungsrecht gegenüber dieser einräumt.

Versicherungsträgerin der Annullierungskosten-Versicherung sowie der Reisegepäck-Versicherung ist die Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, St. Gallen. Zuständig für diese Versicherungen ist die Europäische Reiseversicherung, Zweigniederlassung der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, mit Sitz in Basel (nachfolgend ERV genannt). ÖKK hat zugunsten der versicherten Personen mit der ERV als Versicherungsträgerin einen Kollektivversicherungsvertrag abgeschlossen, welcher den versicherten Personen für die Annullierungskosten- und die Reisegepäck-Versicherung ein direktes Forderungsrecht gegenüber dieser einräumt.

2. Gemeinsame Bestimmungen

Soweit nicht explizit wegbedungen, gelten die in der Versicherungspolice festgehaltenen Gemeinsamen Bestimmungen (GB) der Produktlinie ÖKK UNO oder ÖKK LIVE. Diese sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts. Soweit die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts von den GB abweichen, gehen die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts den GB vor.

Die Regelung betreffend Leistungsbeschränkungen gemäss den GB, die laut Police anwendbar sind, findet für ÖKK TOURIST keine Anwendung.

3. Zweck

Die Versicherung erbringt – je nach gewähltem Modul – folgende Leistungen für Fälle, die während einer Ferien- oder Geschäftsreise bzw. eines auswärtigen Aufenthalts eingetreten sind:

- Leistungen an die ungedeckten Kosten notfallmässiger Behandlungen bei Krankheit, Unfall und frühzeitiger Geburt,
- Leistungen an Transport-, Such-, Rettungs- und Bergungskosten,
- Service-Dienstleistungen,
- Beiträge an Anwalts-, Experten- und Gerichtskosten (Ausland-Rechtsschutz),
- die Annullierungskosten, wenn die versicherte Person die gebuchte Reiseleistung nicht antreten kann,
- Leistungen bei verspätetem Reiseantritt, vorzeitigem Reiseabbruch oder Verlängerung der Reise und
- Leistungen bei Diebstahl, Verlust während des Transportes und Beschädigung des persönlichen Reisegepäcks.

Massgebend für die Deckung sind die nachfolgenden Leistungsbestimmungen.

4. Versicherungsmöglichkeiten

Folgende Module können innerhalb ÖKK TOURIST abgeschlossen werden:

- Heilungskosten & Personen-Assistance
- Reiserechtsschutz
- Annullierungskosten
- Reisegepäck

5. Versicherungsabschluss

Der Versicherungsabschluss steht allen Personen ohne Altersbeschränkung offen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) und den gesetzlichen Wohnsitz in der Schweiz verfügen.

Zudem kann die Versicherung von Personen abgeschlossen werden, die über die entsprechende obligatorische Krankenpflegeversicherung im Fürstentum Liechtenstein verfügen und gleichzeitig ihren gesetzlichen Wohnsitz dort haben.

6. Versicherte Personen

Versicherungsnehmer ist die Person, die mit dem Versicherer einen Versicherungsvertrag abgeschlossen hat.

6.1 Einzelversicherung

Versichert ist die auf der Versicherungspolice aufgeführte Person.

6.2 Familienversicherung

Versichert sind der auf der Versicherungspolice aufgeführte Versicherungsnehmer sowie dessen Ehe- resp. Lebenspartner und seine/dessen Kinder, sofern diese mit dem Versicherungsnehmer im gleichen Haushalt leben.

7. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung richten sich nach den GB, die laut Police anwendbar sind.

8. Auflösung des Kollektivvertrages

Die Versicherung erlischt bei Auflösung des Kollektivvertrages zwischen Coop Rechtsschutz bzw. der ERV und ÖKK Versicherungen AG. Die Auflösung muss der versicherten Person spätestens einen Monat vor Erlöschen des Versicherungsschutzes schriftlich mitgeteilt werden.

9. Kostenbeteiligung

Auf Leistungen aus ÖKK TOURIST wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

HEILUNGSKOSTEN & PERSONEN-ASSISTANCE

1. 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.

2. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt für notfallmässige Behandlungen ausserhalb des Wohnkantons in der Schweiz und weltweit im Ausland.

Das Fürstentum Liechtenstein ist einem Wohnkanton gleichgestellt, soweit die versicherte Person ihren Wohnsitz dort hat.

3. Zeitlicher Geltungsbereich

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.

4. Versicherungsleistungen

4.1 Heilungskosten

Die Versicherung übernimmt im Nachgang zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG, zur Unfallversicherung nach UVG und allfällig beim Versicherer oder anderen Versicherungsgesellschaften bestehenden Zusatzversicherungen Leistungen an die Heilungskosten bei notfallmässiger ambulanter und stationärer Behandlung.

Im Verhältnis mit anderen Versicherungsgesellschaften wird auf Ziffer 9.1.3 der gemäss Versicherungspolice anwendbaren GB zur Mehrfachversicherung verwiesen.

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.

4.2 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 Notrufzentrale 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) medizinisch notwendigen Rücktransport der versicherten erkrankten oder verunfallten Person in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung und
d) den Rücktransport der verstorbenen Person an deren Wohnort.

4.3 Besuchsreise und Reisemehrkosten

4.3.1 Besuchsreise

Wenn eine versicherte Person im Ausland ernsthaft erkrankt oder schwer verunfallt und mehr als 7 Tage hospitalisiert werden muss, organisiert die ÖKK Notrufzentrale eine Besuchsreise für eine der versicherten Person nahestehende Person an das Krankenbett (Bahnbillett 1. Klasse, Flugbillett Economy-Klasse). Die Kosten werden vom Versicherer übernommen.

4.3.2 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 Notrufzentrale 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 Notrufzentrale die Extra-Rückreise der versicherten Person, von versicherten mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

4.4 Deckungssumme

4.4.1 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.

Varianten Auslandaufenthaltsdauer:
– bis maximal 17 Tage
– bis maximal 40 Tage.

4.4.2 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.

Varianten Auslandaufenthaltsdauer:
– bis maximal 17 Tage
– bis maximal 40 Tage
– bis maximal 365 Tage.

4.5 Service-Dienstleistungen

4.5.1 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.

4.5.2 Benachrichtigung von Personen zu Hause

Falls durch die ÖKK Notrufzentrale Massnahmen organisiert wurden, benachrichtigt diese die Angehörigen der versicherten Person über den Sachverhalt und die getroffenen Massnahmen.

4.5.3 Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland

Die ÖKK Notrufzentrale vermittelt ihren Versicherten bei Bedarf einen Arzt oder ein Spital in der Gegend des Aufenthalts. Im Falle von Verständigungsproblemen leistet die ÖKK Notrufzentrale Übersetzungshilfe.

4.5.4 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 Notrufzentrale medizinische Beratung. Diese Beratung ist lediglich ein Ratschlag und darf in keinem Fall als Diagnose betrachtet werden.

4.6 Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht

a) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Reiseantritt bestanden haben,
b) wenn sich die versicherte Person zum Zwecke von Behandlungen, Pflege oder Geburt ins Ausland begeben hat,
c) wenn die ÖKK Notrufzentrale zu Suchaktion, Rücktransport, Besuchs- oder Extra-Rückreise nicht vorgängig ihre Zustimmung erteilt hat; vorbehalten bleiben die Bestimmungen nach Art. 45 VVG (fehlendes Verschulden oder keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung),
d) bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst,
e) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage zurückliegt,
f) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten,
g) bei grobfahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls, insbesondere infolge Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten oder anderer Drogen,
h) 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 und
i) 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.

5. Pflichten im Schadenfall

5.1 Benachrichtigung der ÖKK Notrufzentrale

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 Notrufzentrale zu benachrichtigen.

5.2 Entbindung von der Schweigepflicht

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen sowie Versicherer gegenüber der ÖKK Notrufzentrale bzw. dem Versicherer von der Schweigepflicht.

5.3 Geltendmachung des Anspruchs

Die versicherte Person hat ihren Leistungsanspruch umgehend dem Versicherer 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 dem Versicherer 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 von der betreffenden versicherten Person zurückfordern bzw. diesen mit dem Leistungsanspruch verrechnen.

6. Leistungen Dritter

6.1 Sozialversicherungen

Es werden keine Leistungen übernommen, die zulasten 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.

6.2 Bestehende Versicherungen beim Versicherer

Bestehende andere Zusatzversicherungen beim Versicherer gehen den Leistungen aus ÖKK TOURIST vor.

6.3 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.

REISERECHTSSCHUTZ

1. Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt ausserhalb der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein weltweit.

2. Zeitlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt während der in der Versicherungspolice festgelegten Versicherungsdauer.

Der Rechtsschutz wird gewährt für Streitfälle, die während der in der Versicherungspolice festgelegten Versicherungsdauer eintreten. Der Fall gilt zum Zeitpunkt der Rechtsverletzung als eingetreten, in versicherungsrechtlichen Fällen zum Zeitpunkt des versicherten Ereignisses.

3. Versicherte Eigenschaften

Die versicherte Person geniesst Rechtsschutz in ihrer Eigenschaft als

a) Halter, Lenker oder Mieter eines Motorfahrzeuges,
b) Sportausübender, Fussgänger, Radfahrer, Mofafahrer oder Passagier irgendeines Transportmittels,
c) Mieter eines Feriendomizils,
d) Kursteilnehmer an einer ausländischen Schule,
e) Vertragspartei eines Reisevertrages,
f) Opfer eines Gewaltverbrechens und
g) Inhaber einer Kreditkarte.

4. Versicherte Reiserechtsschutz-Fälle

Folgende Rechtsschutz-Fälle sind versichert:

a) Geltendmachung von ausservertraglichem Schadenersatz gegenüber dem Verursacher resp. dessen Haftpflichtversicherung wegen eines erlittenen Körper- oder Sachschadens,
b) Rechtsstreitigkeiten mit einer Versicherung, Krankenkasse oder Pensionskasse im Zusammenhang mit Ereignissen im Ausland,
c) Vertretung in einem Verfahren gegenüber Straf- und Administrativbehörden infolge fahrlässiger Verletzung der ausländischen Gesetzgebung. Bei einer amtlichen Untersuchung wegen eines Vorsatzdelikts erfolgt eine Kostenübernahme nur nach einem Freispruch oder einer entsprechenden Verfahrenseinstellung und
d) Rechtsstreitigkeiten aus den folgenden obligationenrechtlichen Verträgen (abschliessende Aufzählung), sofern die versicherte Person in einer Eigenschaft gemäss Ziffer 3 hiervor betroffen ist:
   – Mietvertrag
   – Reparaturvertrag
   – Frachtvertrag
   – Beförderungsvertrag
   – Reisevertrag
   – Schulvertrag
   – Kreditkartenvertrag.

5. Versicherungsleistungen

In den versicherten Rechtsschutz-Fällen werden folgende Leistungen gewährt:

a) die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen durch den Rechtsdienst der Coop Rechtsschutz,
b) die Bezahlung bis maximal CHF 300'000 (ausserhalb Europas CHF 100'000) pro Fall, falls keine spezielle Leistungsbeschränkung festgehalten ist, insbesondere der
   – Kosten von beauftragten Rechtsanwälten und Mediatoren,
   – Kosten von beauftragten Experten,
   – zulasten der versicherten Person gehenden Verfahrens- und Gerichtskosten,
   – an die Gegenpartei zu entrichtende Prozessentschädigungen,
   – Reisespesen für das notwendige Erscheinen vor einem ausländischen Gericht bis max. CHF 5'000,
   – Übersetzungskosten bis max. CHF 5'000 und
   – Strafkautionen zur Vermeidung einer Untersuchungshaft bis max. CHF 100'000. Diese Leistung wird nur vorschussweise erbracht und ist der Coop Rechtsschutz zurückzuerstatten.

Nicht bezahlt werden
a) Bussen,
b) Schadenersatz und Genugtuung,
c) Kosten, zu deren Übernahme ein haftpflichtiger Dritter verpflichtet ist,
d) Kosten für öffentliche Beurkundung und Registereinträge und
e) Kosten für behördliche Zulassungen, Bewilligungen und Prüfungen.

Die versicherte Person hat die ihr zugesprochenen Prozess- und Parteientschädigungen im Umfang der erbrachten Leistungen an Coop Rechtsschutz zurückzuerstatten.

6. Ausschlüsse

Kein Rechtsschutz wird gewährt

a) bei Rechtsschutzfällen unter in der gleichen Familienpolice versicherten Personen,
b) im direkten oder indirekten Zusammenhang mit der vorsätzlichen Begehung einer Straftat,
c) bei vorsätzlich verursachten Rechtsschutzfällen sowie den daraus folgenden zivil- und verwaltungsrechtlichen Streitigkeiten bzw. Verfahren,
d) gegenüber Anwälten, Mediatoren, Gutachtern und Experten, die in einem versicherten Rechtsschutzfall für eine versicherte Person tätig sind oder tätig waren,
e) im Zusammenhang mit Forderungen, die an eine versicherte Person abgetreten worden sind sowie Forderungen, die auf versicherte Personen als Erben übergegangen sind und
f) bei Fällen gegenüber Coop Rechtsschutz bzw. ihren Organen.

7. Anmeldung eines Rechtsschutzfalles

Der Eintritt eines Rechtsschutzfalles ist dem Versicherer sofort, auf dessen Verlangen schriftlich, zu melden. Der Versicherer leitet den Fall zur weiteren Bearbeitung unverzüglich an Coop Rechtsschutz weiter.

Die versicherte Person muss Coop Rechtsschutz bei der Bearbeitung des Rechtsschutzfalles unterstützen, die notwendigen Vollmachten und Auskünfte erteilen sowie ihr zugehende Mitteilungen, insbesondere von Behörden, ohne Verzug weiterleiten.

Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflichten kann Coop Rechtsschutz ihre Leistungen so weit kürzen, als dadurch zusätzliche Kosten entstanden sind. Bei grober Verletzung können die Leistungen verweigert werden.

8. Abwicklung eines Rechtsschutzfalles

Coop Rechtsschutz ergreift nach Rücksprache mit der versicherten Person die zu ihrer Interessenwahrung gebotenen Massnahmen.

Wenn es notwendig ist, einen Rechtsanwalt beizuziehen, insbesondere bei Gerichts- oder Verwaltungsverfahren oder bei Interessenkollision, kann die versicherte Person diesen frei wählen. Stimmt Coop Rechtsschutz dieser Wahl nicht zu, kann die versicherte Person drei weitere Rechtsanwälte vorschlagen. Diese dürfen nicht der gleichen Kanzlei angehören. Coop Rechtsschutz muss einen dieser drei vorgeschlagenen Rechtsanwälte akzeptieren.

Vor Beauftragung des Rechtsanwaltes hat die versicherte Person bei Coop Rechtsschutz die Zustimmung sowie eine Kostengutsprache einzuholen.

Bestehen für einen Anwaltswechsel keine triftigen Gründe, muss die versicherte Person die dadurch entstehenden Kosten übernehmen.

9. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

Bei Meinungsverschiedenheiten, insbesondere wenn Coop Rechtsschutz einen Fall als aussichtslos beurteilt, kann die versicherte Person ein Schiedsgerichtsverfahren verlangen. Als Schiedsrichter wird eine von beiden Parteien bestimmte Person eingesetzt. Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach den Bestimmungen über die Schiedsgerichtsbarkeit in der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO).

Wenn eine versicherte Person auf eigene Kosten prozessiert und dabei in der Hauptsache ein besseres Ergebnis erreicht als von Coop Rechtsschutz eingeschätzt, erbringt diese die vertraglichen Leistungen.

10. Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus dieser Reiserechtsschutzversicherung steht der klagenden Person wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnsitz oder am Geschäftssitz des Versicherungsträgers (Coop Rechtsschutz AG, Aarau) offen.

ANNULLIERUNGSKOSTEN

1. Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

2. Zeitlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt für den auf der Versicherungspolice angegebenen Zeitraum.

Die Deckung beginnt mit dem Abschluss der Versicherung bzw. bei bestehendem Versicherungsschutz mit der Buchung der Reiseleistung und endet mit der Beendigung der versicherten Reiseleistung (Check-in, Besteigen des gebuchten Transportmittels usw.).

3. Versicherte Ereignisse

Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person die gebuchte Reiseleistung nicht antreten kann, vorzeitig abbrechen oder verlängern muss infolge eines der nachgenannten Ereignisse, sofern dieses nach Abschluss der Versicherung bzw. Buchung der Reiseleistung eingetreten ist:

a) unvorhersehbare schwere Krankheit, schwere Verletzung, schwere Schwangerschaftskomplikation oder Tod
   - einer versicherten Person,
   - einer mitreisenden Person,
   - einer nicht mitreisenden Person, die der versicherten Person sehr nahesteht,
   - des direkten Stellvertreters am Arbeitsplatz, sodass die Anwesenheit der versicherten Person dort unerlässlich ist,

b) Streik (vorbehalten aktive Beteiligung) auf der geplanten Reiseroute im Ausland,

c) Unruhen aller Art oder Elementarereignisse an der Reisedestination, wenn diese das Leben und das Eigentum der versicherten Person konkret gefährden und eine offizielle Reisewarnung der schweizerischen Behörden für die Reisedestination besteht resp. wenn deshalb die Fortsetzung der Reise oder des Aufenthaltes verunmöglicht oder unzumutbar wird,

d) schwere Beeinträchtigung des Eigentums der versicherten Person an ihrem Wohnort infolge Feuer-, Elementar-, Diebstahl- oder Wasserschaden, sodass ihre Anwesenheit zu Hause unerlässlich ist,

e) Ausfall oder Verspätung – beides infolge technischen Defekts oder Personenunfalls – des zu benützenden öffentlichen Transportmittels zum offiziellen Abreiseort (Flughafen, Abgangsbahnhof, Hafen oder Careinstieg) im Wohnstaat,

f) wenn innerhalb der letzten 30 Tage vor der Abreise
   - die versicherte Person unvorhersehbar bei einem neuen Arbeitgeber eine neue dauerhafte Arbeitsstelle im Angestelltenverhältnis antritt (Beförderungen usw. sind ausgeschlossen) oder
   - der Arbeitsvertrag der versicherten Person ohne ihr eigenes Verschulden von ihrem Arbeitgeber gekündigt wird, und

g) Diebstahl von Fahrkarten, Reisepass oder Identitätskarte.

Ist die Person, welche die Annullierung durch ein versichertes Ereignis auslöst, mit der versicherten Person weder verwandt noch verschwägert, so besteht ein Leistungsanspruch nur, wenn die versicherte Person die Reiseleistung allein antreten müsste.

4. Versicherungsleistungen

4.1 Grundsatz

Massgebend für die Beurteilung des Leistungsanspruchs ist das Ereignis, welches die Annullierung, den Reiseabbruch oder die Verlängerung der Reiseleistung auslöst. Vorgängige oder nachträgliche Ereignisse werden nicht berücksichtigt.

4.2 Annullierungskosten

Bei Eintritt des versicherten Ereignisses übernimmt die Versicherung die effektiv entstehenden Annullierungskosten (exkl. Sicherheits- und Flughafentaxen). Gesamthaft ist diese Leistung durch den Reiseleistungspreis bzw. die versicherte Summe begrenzt.

Unverhältnismässige oder mehrmalige Bearbeitungsgebühren sind nicht versichert.

4.3 Mehrkosten

Die Versicherung vergütet die Mehrkosten bei verspätetem Reiseantritt, vorzeitigem Reiseabbruch oder Verlängerung der Reise, wenn die Reiseleistung infolge des versicherten Ereignisses nicht zur vorgesehenen Zeit angetreten werden kann, vorzeitig abgebrochen oder verlängert werden muss.

Mehrkosten zur Verlängerung der Reise werden während maximal 7 Tagen erstattet.

Werden Mehrkosten geltend gemacht, entfällt der Anspruch auf Annullierungskosten.

4.4 Unbenützte Reiseleistung

Die Versicherung vergütet die anteilsmässigen Kosten der nicht benützten Reiseleistung (exkl. Kosten der ursprünglich gebuchten Rückreise) bei vorzeitigem Reiseabbruch. Diese Leistung ist auf den Reiseleistungspreis bzw. die in der Versicherungspolice festgehaltene Versicherungssumme begrenzt.

4.5 Deckungssummen

Die Leistungen für Annullierungskosten oder Mehrkosten bei verspätetem Reiseantritt oder vorzeitigem Reiseabbruch sind auf CHF 20'000 pro Ereignis und Person bzw. CHF 50'000 pro Ereignis und Familie begrenzt.

Mehrkosten zur Verlängerung der Reise sind auf maximal CHF 700 pro Person oder bei Benützung eines Mietwagens auf CHF 1'000, gleichgültig, wie viele Personen den Mietwagen benutzen, begrenzt.

Die Leistungen im Rahmen des Freizeitschutzes (Tagesausflüge, Weiterbildungskurse, Konzerttickets, Skiabos, Startgeld für Stadtlauf usw.) sind auf CHF 500 pro Person und Ereignis begrenzt.

4.6 Leistungsausschluss

Leistungen sind ausgeschlossen,

a) wenn der Leistungsträger (Reiseunternehmer, Vermieter, Veranstalter usw.) die vereinbarte Leistung absagt oder aus objektiven Gründen hätte absagen müssen (dies gilt insbesondere für Pauschalreisen),

b) wenn das Ereignis bei Abschluss der Versicherung oder Buchung der Reiseleistung bereits eingetreten ist oder erkennbar war,

c) wenn das Leiden, das Anlass zur Annullierung, zum Reiseabbruch oder zur Reiseverlängerung gab, eine Komplikation oder Folge einer bei Versicherungsbeginn oder bei der Buchung der Reiseleistung bereits geplanten medizinischen Behandlung oder Operation war,

d) wenn eine Krankheit oder die Folgen eines Unfalls, einer Operation oder eines medizinischen Eingriffs im Zeitpunkt der Reisebuchung bereits bestanden haben und bis zum Reisedatum nicht abgeheilt sind,

e) bei Annullierung, Reiseabbruch oder Reiseverlängerung ohne medizinische Indikation oder wenn das Arztzeugnis nicht zum Zeitpunkt der erstmöglichen Feststellung der Reiseunfähigkeit ausgestellt wurde oder durch eine telefonische Konsultation erwirkt wurde,

f) wenn eine Annullierung infolge eines psychischen oder psychosomatischen Leidens
   – nicht durch die Feststellung und in einem am Tag der Annullierung ausgestellten Attest eines psychiatrischen Facharztes begründet werden kann und
   – von Personen im Angestelltenverhältnis nicht zusätzlich durch das Beibringen einer 100 %-Abwesenheitsbestätigung des Arbeitgebers während der Dauer der ärztlich attestierten Reiseunfähigkeit begründet werden kann,
g) wenn der Gutachter (Experte, Arzt usw.), der Feststellungen über das Schadenereignis trifft, direkt begünstigt oder mit der versicherten Person verwandt oder verschwägert ist,
h) bei Ereignissen, die eine Folge behördlicher Anordnungen (Haft, Ein- oder Ausreisesperre, Schliessung der Grenzen und/oder des Luftraums, Quarantäne usw.) sind,
i) welche die versicherte Person im Zusammenhang mit Selbstmord, Selbstverstümmelung und dem Versuch dazu herbeiführt,
j) bei Annullierungen, Reiseabbrüchen oder Reiseverlängerungen, die auf kriegerische Ereignisse oder auf Terrorismus zurückzuführen sind,
k) bei Annullierungen, Reiseabbrüchen oder Reiseverlängerungen aufgrund von Ereignissen durch ionisierende Strahlen irgendwelcher Art, insbesondere auch aus Atomkernumwandlungen,
l) wenn das Ereignis, welches Anlass zur Annullierung, zum Reiseabbruch oder zur Reiseverlängerung gibt, durch vorsätzliches oder grobfahrlässiges Handeln oder Unterlassen verursacht wird oder auf Ausserachtlassung der allgemein üblichen Sorgfaltspflicht zurückzuführen ist,
m) wenn ein Ereignis, welches zur Annullierung, zum Reiseabbruch oder zur Reiseverlängerung führt, durch den Einfluss von Alkohol, Drogen, Betäubungs- oder Arzneimitteln verursacht wird,
n) wenn das Ereignis, welches Anlass zur Annullierung, zum Reiseabbruch oder zur Reiseverlängerung gibt, anlässlich der vorsätzlichen Begehung von Verbrechen oder Vergehen oder des Versuchs dazu entsteht,
o) wenn Mehrkosten für einen vorzeitigen Reiseabbruch oder für eine Reiseverlängerung geltend gemacht werden, ohne diese Kosten zuvor von der ÖKK Notrufzentrale genehmigen zu lassen und
p) bei Epidemien und Pandemien sowie den Folgen daraus. Vorbehalten bleiben alle abschliessend aufgezählten versicherten Ereignisse.

4.7 Chronisch Kranke

Chronisch Kranke haben sich unmittelbar vor der Buchung einer Reiseleistung ihre Reisefähigkeit in einem dann auszustellenden Arztzeugnis bestätigen zu lassen.

Leidet eine versicherte Person an einer chronischen Krankheit, ohne dass deswegen die Reiseleistung bei Abschluss der Versicherung bzw. Buchung der Reiseleistung infrage gestellt erscheint, so zahlt die Versicherung die entstehenden versicherten Kosten, wenn die Reiseleistung wegen unvorhersehbarer, schwerer akuter Verschlimmerung dieser Krankheit annulliert werden muss oder wenn als Folge der chronischen Krankheit der Tod eintritt.

4.8 Forderungsabtretung

Mit der Schadenzahlung durch die ERV tritt die versicherte Person ihre Forderung aus dem Versicherungsvertrag pauschal und automatisch an die ERV ab.

4.9 Haftung Versicherungsträger

Die ERV bietet nur insoweit Versicherungsschutz und ist nur insoweit bei Schadenforderungen oder sonstigen Begünstigungen haftbar, als diese keiner Sanktionsverletzung oder Beschränkung der UN-Resolutionen und keiner Verletzung von Handels- oder Wirtschaftssanktionen der Schweiz, der Europäischen Union und den Vereinigten Staaten von Amerika entgegenstehen.

5. Verhaltenspflichten auf Reisen

Bei der Beurteilung, ob eine Reise in ein Land wegen Streiks, Unruhen, Krieg, Terroranschlägen usw. zumutbar ist oder nicht, sind ausschliesslich die geltenden Empfehlungen oder offiziellen Reisewarnungen der schweizerischen Behörden massgebend. Es sind dies in erster Linie das Eidgenössische Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA) sowie das Bundesamt für Gesundheit (BAG).

6. Pflichten im Schadenfall

Die Buchungsstelle (Reisebüro, Transportunternehmen, Vermieter usw.) ist sofort nach Eintritt des Ereignisses zu benachrichtigen.

Zudem muss der Versicherer im Schadenfall unverzüglich benachrichtigt werden. Dieser leitet den Fall zur weiteren Bearbeitung an die ERV weiter.

Vor einem Reiseabbruch oder einer Reiseverlängerung muss immer die ÖKK Notrufzentrale kontaktiert werden.

Bei Erkrankung oder Unfall ist unverzüglich ein Arzt aufzusuchen; dieser ist über die Reisepläne zu orientieren und seinen Anordnungen ist Folge zu leisten. Die versicherte/anspruchsberechtigte Person hat die Ärzte, die sie behandelt haben, von der Schweigepflicht gegenüber den Versicherern zu entbinden.

Folgende Dokumente müssen der ERV u. a. eingereicht werden:
– die Buchungsbestätigung/Rechnung für die Reiseleistung sowie die Rechnungen für die Annullierungs- bzw. die Mehrkosten (Originale),
– ein detailliertes Arztzeugnis bzw. eine Bescheinigung des Todesfalles oder ein anderes offizielles Attest und
– die Kopie der Versicherungspolice.

7. Ansprüche gegenüber Dritten

Ist die versicherte/anspruchsberechtigte Person von einem haftpflichtigen Dritten oder dessen Versicherer entschädigt worden, entfällt eine Vergütung aufgrund dieses Vertrages. Ist die ERV anstelle des Haftpflichtigen belangt worden, hat die versicherte Person ihre Haftpflichtansprüche bis zur Höhe der Aufwendungen der ERV abzutreten.

Bei Mehrfachversicherung (freiwillige oder obligatorische Versicherung) erbringt die ERV ihre Leistungen subsidiär, es sei denn, die Versicherungsbedingungen des anderen Versicherers enthalten ebenfalls eine Subsidiärklausel. In diesem Fall sind die gesetzlichen Regelungen der Doppelversicherung anwendbar. Die versicherte/anspruchsberechtigte Person verpflichtet sich, im Leistungsfall bestehende Versicherungsdeckungen vollständig offen zu legen und zugänglich zu machen und ermächtigt die ERV, allfällige Ansprüche geltend zu machen.

Bestehen mehrere Versicherungen bei konzessionierten Gesellschaften, so werden die Kosten gesamthaft nur einmal vergütet.

8. Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus dieser Annullierungskostenversicherung steht der klagenden Person wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnsitz oder am Geschäftssitz des Versicherungsträgers (Europäische Reiseversicherung, Basel) offen.

REISEGEPÄCK

1. Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

2. Zeitlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt während der in der Versicherungspolice festgelegten Versicherungsdauer, und zwar solange und sooft sich die versicherten Gegenstände ausserhalb der ständigen Wohnung der versicherten Person befinden.

Der Versicherungsschutz gilt ebenfalls während des Transports mit öffentlichen Transportmitteln, solange sich die versicherten Gegenstände in der Obhut einer Transportanstalt befinden.

3. Versicherte Gegenstände

Versichert sind alle Gegenstände, welche die versicherten Personen zum persönlichen Eigenbedarf auf die Reise mitnehmen.

Für Sportgeräte, Rollstühle und Kinderwagen gilt der Versicherungsschutz ausschliesslich während des Transports mit öffentlichen Transportmitteln und solange sich diese Gegenstände in der Obhut der Transportanstalt befinden.

4. Nicht versicherte Gegenstände

Nicht versichert sind

a) Bargeld und Fahrkarten (vorbehältlich Ziffer 6.1 d),
b) Wertpapiere, Urkunden und Dokumente aller Art (vorbehältlich Ziffer 6.1 g),
c) Software,
d) Edelmetalle, Edelsteine und Perlen,
e) Briefmarken,
f) Handelswaren und Warenmuster,
g) Gegenstände mit Kunst- oder Sammlerwert,
h) Musikinstrumente,
i) Surfbretter,
j) Motorfahrzeuge, Anhänger, Wohnwagen, Boote und Luftfahrzeuge, je samt Zubehör,
k) Wertgegenstände, die über eine besondere Versicherung gedeckt sind,
l) während der Reise gekaufte oder geschenkt erhaltene Gegenstände (z. B. Souvenirs), die nicht zum persönlichen Reisebedarf gehören, und
m) Gegenstände, die nicht zum persönlichen Eigenbedarf mit auf die Reise genommen werden (Geschenke, Waren für Dritte usw.).

5. Versicherte Ereignisse

Versichert sind

a) Diebstahl und Einbruchdiebstahl,
b) Beraubung,
c) Beschädigung und Zerstörung,
d) Verlust während der Beförderung durch ein öffentliches Transportmittel und
e) verspätete Ablieferung (mindestens 6 Stunden) durch ein öffentliches Transportmittel.

Beim Campieren sind diese Ereignisse nur innerhalb von offiziellen Campingplätzen versichert.

6. Versicherungsleistungen

6.1 Leistungsumfang

Die Versicherung entschädigt

a) bei Totalschaden versicherter Gegenstände den Zeitwert; als Zeitwert gilt der seinerzeitige Anschaffungspreis abzüglich Wertverminderung von mindestens 10 % pro Jahr ab Kaufdatum, insgesamt jedoch höchstens 60 %,
b) bei Teilschaden die Kosten der Reparatur, höchstens jedoch den Zeitwert,
c) für die Gesamtheit von wertvollen Gegenständen im Maximum 50 % der Versicherungssumme,
d) Bargeld und Fahrkarten ausschliesslich im Falle von Beraubung, und zwar bis 20 % der Versicherungssumme, höchstens jedoch CHF 1'000, für Ticketersatz CHF 2'000,
e) Bruchschäden bis zu 20 % der Versicherungssumme,
f) Brillen, Kontaktlinsen, Prothesen und Rollstühle bis zu 20 % der Versicherungssumme,
g) bei Diebstahl bzw. Verlust von Reisepass, Identitätskarte, Führer-, Fahrzeug- und ähnlichen Ausweisen sowie von Schlüsseln die Wiederherstellungskosten,
h) bei Diebstahl bzw. Verlust von Kreditkarten und Mobiltelefonen die Organisation (nicht aber die Kosten) der Sperrung,
i) bei verspäteter Auslieferung des Reisegepäcks durch ein öffentliches Transportmittel die Kosten für unbedingt notwendige Anschaffungen bis CHF 1'000 pro Person und maximal CHF 4'000 pro Familie bzw. pro Versicherungspolice und Ereignis. Bei der Rückreise an den Wohnort besteht kein Anspruch auf Entschädigung,
j) für die in einem abgeschlossenen Fahrzeug, Boot oder Zelt belassenen, nicht wertvollen Gegenstände bis 50 % der Versicherungssumme, im Maximum jedoch CHF 2'000 pro versicherte Reise bei einer Einzelversicherung resp. CHF 5'000 bei einer Familienversicherung.

6.2 Deckungssummen

Die Leistungen sind auf die versicherte Summe begrenzt und betragen maximal CHF 4'000 pro Person und CHF 10'000 pro Familie bzw. Versicherungspolice und Ereignis.

6.3 Leistungsausschluss

Leistungen sind ausgeschlossen für Schäden

a) infolge von Abnützung, Selbstverderb, Witterungseinflüssen, ungenügender oder mangelhafter Beschaffenheit oder Verpackung der Gegenstände,
b) infolge von Liegenlassen, Verlegen, Verlieren, Fallenlassen oder Selbstverschulden,
c) an Gegenständen, die an einem jedermann zugänglichen Ort, ausserhalb des Einflussbereiches der versicherten Person, sei es auch nur für kurze Zeit, zurückgelassen werden,
d) an Gegenständen, deren Verwahrung ihrem Wert nicht angemessen ist,
e) an wertvollen Gegenständen, die in einem Fahrzeug, Boot oder Zelt zurückgelassen werden oder einer Transportanstalt zur Beförderung übergeben werden, und zwar solange sich diese Gegenstände in der Obhut der Transportanstalt befinden,
f) an Gegenständen, die auf oder in Fahrzeugen, Booten oder Zelten während der Nacht (22 Uhr bis 6 Uhr), zurückgelassen werden,
g) die auf kriegerische Ereignisse oder auf Terrorismus zurückzuführen sind,

h) aufgrund von Ereignissen durch ionisierende Strahlen irgendwelcher Art, insbesondere auch aus Atomkernumwandlungen,
i) die durch vorsätzliches oder grobfahrlässiges Handeln oder Unterlassen verursacht werden oder auf Ausserachtlassung der allgemein üblichen Sorgfaltspflicht zurückzuführen sind,
j) die anlässlich der vorsätzlichen Begehung von Verbrechen oder Vergehen oder des Versuchs dazu entstehen.

6.4 Forderungsabtretung

Mit der Schadenzahlung durch die ERV tritt die versicherte Person ihre Forderung aus dem Versicherungsvertrag pauschal und automatisch an die ERV ab.

6.5 Haftung Versicherungsträger

Die ERV bietet nur insoweit Versicherungsschutz und ist nur insoweit bei Schadenforderungen oder sonstigen Begünstigungen haftbar, als diese keiner Sanktionsverletzung oder Beschränkung der UN-Resolutionen und keiner Verletzung von Handels- oder Wirtschaftssanktionen der Schweiz, der Europäischen Union und den Vereinigten Staaten von Amerika entgegenstehen.

7. Verhaltenspflichten auf Reisen

Wertvolle Gegenstände müssen, wenn sie nicht getragen oder benützt werden,

– einem Beherbergungsbetrieb oder einer bewachten Garderobe zur Aufbewahrung übergeben werden oder
– in einem verschlossenen, nicht jedermann zugänglichen Raum und dort unter separatem Verschluss aufbewahrt werden, wobei Taschen aller Art, Beauty- und Attaché-Cases sowie Schmuckschatullen als Behältnis nicht genügen.

Die Reisehinweise des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA) zum jeweiligen Reiseziel, insbesondere zur dortigen Kriminalität und zu den damit verbundenen Vorsichtsmassnahmen, müssen beachtet und befolgt werden.

8. Pflichten im Schadenfall

Im Schadenfall muss der Versicherer unverzüglich benachrichtigt werden. Der Versicherer leitet den Fall zur weiteren Bearbeitung an die ERV weiter.

Die versicherte Person hat

a) bei Diebstahl oder Beraubung innert 24 Stunden bei der nächstgelegenen Polizeistelle eine amtliche Untersuchung zu beantragen bzw. den Vorfall zu Protokoll zu bringen (Polizeirapport, Flugscheinverlustmeldung usw.),
b) bei Beschädigung, verspäteter Ablieferung oder Verlust während der Beförderung des Reisegepäckes von der zuständigen Stelle (Hotelleitung, Reiseleiter, Transportunternehmung usw.) Ursachen, Umstände und Ausmass des Schadens in einer Tatbestandes-Aufnahme umgehend bestätigen zu lassen und dort auch eine Entschädigung zu beantragen und
c) nach der Rückkehr von der Reise unverzüglich die ERV schriftlich zu benachrichtigen und die Forderungen zu begründen.

Folgende Dokumente müssen der ERV u. a. eingereicht werden:

a) das Original der Tatbestandes-Aufnahme (Polizeirapport, Flugscheinverlustmeldung usw.),
b) die Originalbestätigung, Quittungen oder Kaufbestätigungen und
c) die Kopie der Versicherungspolice.

Beschädigte Gegenstände sind zur Verfügung der ERV zu halten.

9. Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus dieser Reisegepäckversicherung steht der klagenden Person wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnsitz oder am Geschäftssitz des Versicherungsträgers (Europäische Reiseversicherung, Basel) offen.

ÖKK PROTECT

Coop Rechtsschutz AG, Ausgabe 1.1.2022

INHALTSVERZEICHNIS

1.	**Versicherungsgrundlagen**	**72**
1.1	Versicherungsträger	72
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	72
1.3	Örtlicher Geltungsbereich	72
1.4	Zeitlicher Geltungsbereich	72
1.5	Versicherte Personen	72
1.6	Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung	72
1.7	Auflösung des Kollektivvertrages	72
2.	**Deckungsumfang**	**72**
2.1	Vertragsgrundlagen	72
2.2	Versicherte Streitigkeiten	72
2.3	Subsidiarität	72
2.4	Nicht versicherte Streitigkeiten	72
3.	**Versicherungsleistungen**	**73**
4.	**Rechtsschutzfall**	**73**
4.1	Anmeldung eines Rechtsschutzfalles	73
4.2	Abwicklung eines Rechtsschutzfalles	73
4.3	Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten	73
5.	**Gerichtsstand**	**73**

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

Versicherungsträgerin ist die Coop Rechtsschutz AG, Entfelderstrasse 2, 5000 Aarau (nachfolgend Versicherer genannt).

Die ÖKK Versicherungen AG (nachfolgend ÖKK genannt) hat als Versicherungsnehmerin mit der Coop Rechtsschutz AG als Versicherer einen Kollektivversicherungsvertrag zur Gewährung des Gesundheitsrechtsschutzes abgeschlossen.

Die versicherte Person verfügt gegenüber der Coop Rechtsschutz AG über ein direktes Forderungsrecht. ÖKK übernimmt keine Haftung für Ansprüche aus dieser Rechtsschutzversicherung.

ÖKK Kranken- und Unfallversicherung AG, Landquart, (nachfolgend ÖKK KUV AG genannt) ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung von ÖKK vorzunehmen.

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Es gelten die in der Versicherungspolice festgehaltenen Gemeinsamen Bestimmungen (GB) der Produktlinie ÖKK UNO oder ÖKK LIVE. Diese sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts. Soweit die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts von den GB abweichen, gehen die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts den GB vor.

1.3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

1.4 Zeitlicher Geltungsbereich

Der Rechtsschutz wird gewährt für Streitfälle, die während der Versicherungsdauer eintreten. Der Fall gilt zum Zeitpunkt der Rechtsverletzung als eingetreten, in versicherungsrechtlichen Fällen zum Zeitpunkt des versicherten Ereignisses. Mit der Auflösung dieser Versicherung erlischt auch der Anspruch auf Rechtsschutz für nach diesem Zeitpunkt eingetretene Fälle.

1.5 Versicherte Personen

Versichert sind Personen, die bei ÖKK die Versicherung ÖKK PROTECT abgeschlossen haben.

Zusätzlich versichert sind
- alle Personen, die mit der oben erwähnten Person in einer gemeinsamen Police bei ÖKK versichert sind und
- Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Altersjahres, die 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.

1.6 Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung richten sich nach den GB, die laut Police anwendbar sind.

Die Versicherung kann nur zusammen mit mindestens einer der folgenden Versicherungsabteilungen abgeschlossen bzw. geführt werden:
- ÖKK ALLGEMEINER ZUSATZ
- ÖKK PRIVAT-ZUSATZ
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- ÖKK KOMBI
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK SALTO
- ÖKK DENTAL
- ÖKK MONDIAL

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.

1.7 Auflösung des Kollektivvertrages

Die Versicherung erlischt bei Auflösung des Kollektivvertrages zwischen dem Versicherer und ÖKK Versicherungen AG. Die Auflösung muss der versicherten Person spätestens einen Monat vor Erlöschen des Versicherungsschutzes schriftlich mitgeteilt werden.

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 mögliche Auswirkungen von medizinischen Massnahmen,
  - Fehlinformationen und Informationsverweigerung, insbesondere betreffend
    - Einsichtnahme in Untersuchungsdokumente
    - Herausgabe von Röntgenbildern und
  - die Unterlassung von Untersuchungen.
- versicherungsrechtliche Streitigkeiten (z.B. mit der Haftpflicht-, Unfall-, Kranken-, Invalidenversicherung).

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 der versicherten Person 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. Versicherungsleistungen

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 zulasten der versicherten Person 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

Der versicherten Person zugesprochene Verfahrens- und Anwaltskosten sind dem Versicherer abzutreten.

4. Rechtsschutzfall

4.1 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.

4.2 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.

4.3 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

Bei Meinungsverschiedenheiten über das weitere Vorgehen, insbesondere in Fällen, die der Versicherer als aussichtslos beurteilt, wird auf Verlangen der versicherten Person ein Schiedsgerichtsverfahren eingeleitet. Als Schiedsrichterin 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.

5. Gerichtsstand

Als Gerichtsstand wird der schweizerische Wohnsitz der versicherten Person oder Aarau vereinbart.

ÖKK RISIKOKAPITAL BEI TOD ODER INVALIDITÄT DURCH UNFALL

SOLIDA Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2023

INHALTSVERZEICHNIS

1.	**Versicherungsgrundlagen**	**75**
1.1	Versicherungsträger	75
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	75
1.3	Örtlicher Geltungsbereich	75
1.4	Zeitlicher Geltungsbereich	75
1.5	Versicherungsabschluss	75
1.6	Altersbestimmung	75
1.7	Versicherte Personen	75
1.8	Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung	75
1.9	Versicherungsänderungen	75
1.10	Auflösung des Kollektivversicherungsvertrages	75
1.11	Vertragsanpassungen	75
2.	**Deckungsumfang**	**75**
3.	**Versicherungssummen**	**75**
3.1	Höhe der Versicherungssummen	75
3.2	Höchstversicherungssummen	75
4.	**Todesfall-Kapitalversicherung**	**76**
4.1	Begünstigte Personen	76
4.2	Doppelte Todesfallsumme	76
4.3	Anrechnung des Invaliditätskapitals	76
5.	**Invaliditäts-Kapitalversicherung**	**76**
5.1	Grundsatz	76
5.2	Ganzinvalidität	76
5.3	Teilinvalidität	76
5.4	Schwere Entstellung	77
5.5	Vorbestandene Körpermängel	77
5.6	Entschädigung bei Invalidität	77
6.	**Leistungsbeschränkungen**	**77**
6.1	Grundsatz	77
6.2	Leistungsausschlüsse	77
6.3	Leistungskürzungen	78
6.4	Herbeiführung des Todes durch eine anspruchsberechtigte Person	78
7.	**Umschulungskosten**	**78**
8.	**Entgelte**	**78**
9.	**Verhalten im Schadenfall**	**78**
10.	**Mitteilungen an den Versicherer**	**78**
11.	**Erfüllungsort und Gerichtsstand**	**78**
12.	**Anwendbares Recht**	**78**

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

Versicherungsträgerin ist die SOLIDA Versicherungen AG, Zürich (nachfolgend Versicherer genannt).

Die ÖKK Versicherungen AG (nachfolgend ÖKK genannt) hat als Versicherungsnehmerin mit der SOLIDA als Versicherer einen Kollektivversicherungsvertrag zur Gewährung der Versicherungsdeckung bei Tod und Invalidität durch Unfall abgeschlossen.

Kunden der ÖKK können sich mittels einem Antrag gegenüber der ÖKK bei der SOLIDA gegen die wirtschaftlichen Folgen von Tod und Invalidität versichern.

Der Kunde von ÖKK hat dabei keinen Vertrag mit der SOLIDA. Die versicherte Person erhält aber, gemäss Versicherungsvertragsgesetz, bei einem versicherten Ereignis einen direkten Anspruch gegenüber der SOLIDA. ÖKK übernimmt keine Haftung für Ansprüche aus dieser Unfallversicherung.

ÖKK Kranken- und Unfallversicherung AG, Landquart, (nachfolgend ÖKK KUV AG genannt) ist ermächtigt, alle Handlungen im Namen und für Rechnung von ÖKK vorzunehmen.

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Es gelten die in der Versicherungsbestätigung festgehaltenen Gemeinsamen Bestimmungen (GB) der Produktlinie ÖKK UNO oder ÖKK LIVE. Die GB gelten für diese Kollektivversicherung sinngemäss. Sie sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts. Soweit die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts von den GB abweichen, gehen die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts den GB vor.

1.3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit. Bei Wegzug ins Ausland endet die Versicherung mit dem Kalenderjahr des Wegzugs (ausser wenn die Versicherung sistiert wurde).

1.4 Zeitlicher Geltungsbereich

Ein Unfall und dessen Folgen sind versichert, wenn sich der Unfall während der Dauer der Versicherungsdeckung ereignet hat.

1.5 Versicherungsabschluss

Die Versicherung kann bis zum vollendeten 65. Altersjahr abgeschlossen werden.

1.6 Altersbestimmung

Das für die Versicherung massgebende Alter der versicherten Person entspricht der Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr.

1.7 Versicherte Personen

Versichert sind Einzelpersonen, die sich für die Unfallversicherung gemäss den vorliegenden AVB angemeldet und die Versicherungsbestätigung erhalten haben.

1.8 Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung richten sich nach den GB, die laut Versicherungsbestätigung anwendbar sind.

1.9 Versicherungsänderungen

Eine Erhöhung der Versicherungssumme ist bis zum vollendeten 65. Altersjahr möglich.

1.10 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.

1.11 Vertragsanpassungen

Werden die AVB ab folgendem Kalenderjahr angepasst, gelten für den Vertragspartner der ÖKK die neuen Versicherungsbedingungen. ÖKK teilt die Anpassung spätestens 30 Tage vor Ablauf des Kalenderjahres mit. Der Vertragspartner hat hierauf das Recht, den Vertrag auf Ende des laufenden Kalenderjahres zu kündigen. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag des Kalenderjahres bei ÖKK eintrifft. Unterlässt der Vertragspartner der ÖKK die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der AVB.

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, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Folgende, abschliessend aufgeführten, unfallähnlichen Körperschädigungen sind, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind, Unfällen gleichgestellt: Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen und Trommelfellverletzungen.

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

Als Unfälle gelten auch:
- Gesundheitsschädigungen durch unfreiwilliges Einatmen von Gasen und Dämpfen und durch versehentliches Einnehmen von giftigen und ätzenden Stoffen,
- Ertrinken und
- 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.

Nicht als Unfälle gelten im Übrigen Krankheiten aller Art, insbesondere Infektionskrankheiten, Asbestschäden, Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden durch Heil- und Untersuchungsmassnahmen, die nicht durch einen versicherten Unfall bedingt sind, sowie Eingriffe am eigenen Körper.

3. Versicherungssummen

3.1 Höhe der Versicherungssummen

Es gelten die in der Versicherungsbestätigung aufgeführten Versicherungssummen.

3.2 Höchstversicherungssummen

3.2.1 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 und bei Kindern, die noch nicht zwölf Jahre alt sind, höchstens CHF 20'000.

3.2.2 Höchstversicherungssummen im Alter
Die Höchstversicherungssummen für Versicherte ab 66 Jahren (vgl. Ziffer 1.6) betragen bei Tod CHF 20'000, bei Invalidität CHF 100'000.

Höhere Versicherungssummen werden auf Beginn des neuen Kalenderjahres automatisch auf die Höchstversicherungssummen reduziert.

Die Progression der Invaliditätsversicherung entfällt.

4. Todesfall-Kapitalversicherung

4.1 Begünstigte Personen

Hat der Unfall sofort oder binnen fünf Jahren vom Unfalltag an gerechnet den Tod der versicherten Person zur Folge, leistet der Versicherer, falls zum Unfallzeitpunkt eine Unfalldeckung bestand, die bei Tod versicherte Summe
- an den überlebenden Ehegatten bzw. den eingetragenen Partner,
- 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 zu gleichen Teilen.

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.

Die Versicherungsleistung ist unabhängig davon geschuldet, ob das versicherte Ereignis eine Vermögenseinbusse bewirkt hat (Summenversicherung).

4.2 Doppelte Todesfallsumme

Führt das gleiche Unfallereignis zum Tod beider Elternteile oder eingetragenen Partner, zahlt der Versicherer zu gleichen Teilen an die minderjährigen oder dauernd erwerbsunfähigen, unterstützungsbedürftigen Kinder, Stief- und Adoptivkinder das doppelte Todesfallkapital eines jeden versicherten Elternteils oder eingetragenen Partners.

4.3 Anrechnung des Invaliditätskapitals

Auf das Todesfallkapital wird ein für denselben Unfall bereits ausbezahltes Invaliditätskapital angerechnet.

5. Invaliditäts-Kapitalversicherung

5.1 Grundsatz

Hat der Unfall eine voraussichtlich bleibende medizinisch-theoretische Invalidität einer versicherten Person zur Folge, zahlt der Versicherer, falls zum Unfallzeitpunkt eine Unfalldeckung bestand, 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. Der Versicherer darf jedoch fünf Jahre nach dem Unfall oder später den Invaliditätsgrad abschliessend feststellen lassen. Dabei wird der aktuelle Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Bestimmung ermittelt. Danach eintretende Änderungen des Invaliditätsgrades, d. h. auch Rückfälle und Spätfolgen, sind nicht mehr versichert. 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.

5.2 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 und/oder
- völlige Erblindung.

5.3 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).

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.

5.4 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 zudem auf CHF 20'000 begrenzt.

Die Progression entfällt.

5.5 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.

5.6 Entschädigung bei Invalidität

Bei einer Invalidität von mehr als 25% erhöht sich die Entschädigung progressiv bis 350% der Versicherungssumme.

Invaliditätsgrad (%)	Entschädigung (%) Versich.-Summe	Invaliditätsgrad (%)	Entschädigung (%) Versich.-Summe
1	1	23	23
2	2	24	24
3	3	25	25
4	4	26	28
5	5	27	31
6	6	28	34
7	7	29	37
8	8	30	40
9	9	31	43
10	10	32	46
11	11	33	49
12	12	34	52
13	13	35	55
14	14	36	58
15	15	37	61
16	16	38	64
17	17	39	67
18	18	40	70
19	19	41	73
20	20	42	76
21	21	43	79
22	22	44	82
45	85	73	215
46	89	74	220
47	91	75	225
48	94	76	230
49	97	77	235
50	100	78	240
51	105	79	245
52	110	80	250
53	115	81	255
54	120	82	260
55	125	83	265
56	130	84	270
57	135	85	275
58	140	86	280
59	145	87	285
60	150	89	290
61	155	89	295
62	160	90	300
63	165	91	305
64	170	92	310
65	175	93	315
66	180	94	320
67	185	95	325
68	190	96	330
69	195	97	335
70	200	98	340
71	205	99	345
72	210	100	350

6. Leistungsbeschränkungen

6.1 Grundsatz

Die Bedingungen zu Leistungsbeschränkungen der GB, die laut Versicherungsbestätigung anwendbar sind, finden keine Anwendung.

6.2 Leistungsausschlüsse

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

a) infolge von 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 dem sich die versicherte Person aufhält, sofern sie dort vom Ausbruch von kriegerischen Ereignissen überrascht worden ist,

b) infolge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein,

c) infolge aussergewöhnlicher Gefahren. Als solche gelten:
   - ausländischer Militärdienst,
   - Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten,
   - 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,

d) infolge oder bei Gelegenheit vorsätzlicher oder in Kauf genommener Begehung von Verbrechen oder Vergehen durch den Versicherten, des Versuchs oder der Teilnahme,

e) infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Nuklearenergie,
f) bei Unfällen, in denen die versicherte Person einen Blutalkoholgehalt von zwei Gewichtspromille oder mehr aufweist, es sei denn, es besteht offensichtlich kein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trunkenheit und Unfall,
g) 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),
h) infolge Selbsttötung oder Gesundheitsschädigungen am eigenen Körper, die die versicherte Person absichtlich oder im Zustand voller oder teilweiser Urteilsunfähigkeit herbeigeführt hat,
i) infolge absichtlicher Einnahme oder Injektion von Medikamenten, Drogen und chemischen Produkten,
j) als Folge ärztlicher oder chirurgischer Eingriffe, die nicht durch einen versicherten Unfall notwendig wurden,
k) bei der Benützung von Luftfahrzeugen als Militärpilot, sonstiges militärisches Besatzungsmitglied und Fallschirmgrenadier,
l) bei militärischen Fallschirmabsprüngen,
m) bei Luftfahrten, wenn die versicherte Person vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder nicht im Besitz der amtlichen Ausweise und Bewilligungen ist,
n) bei den gesetzlichen und reglementarischen Kostenbeteiligungen der versicherten Person in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

6.3 Leistungskürzungen

6.3.1 Grobfahrlässigkeit

Der Versicherer verzichtet auf das Recht, bei grobfahrlässiger Herbeiführung des versicherten Unfalls die Leistungen zu kürzen.

6.3.2 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.

6.3.3 Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall

Bei verschuldeter Verletzung der Pflichten durch die versicherte Person können die Leistungen gekürzt werden.

6.3.4 Weitere Leistungskürzungen

Weitere Leistungskürzungen richten sich nach den zur Zeit des Unfalls oder des Eintrittes der Berufskrankheit geltenden Bestimmungen des UVG (Art. 37–39).

6.4 Herbeiführung des Todes durch eine anspruchsberechtigte Person

Hat eine Person den Tod des Versicherten infolge oder bei Gelegenheit vorsätzlicher oder in Kauf genommener Begehung von Verbrechen oder Vergehen, des Versuchs oder der Teilnahme herbeigeführt, hat sie keinen Anspruch auf die Todesfallsumme.

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.

7. 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.

8. Entgelte

Die Bedingungen zu Prämien und Zahlungen der GB, die laut Versicherungsbestätigung anwendbar sind, finden sinngemäss Anwendung.

Das Entgelt für die Deckung wird aufgrund der Zugehörigkeit zur Altersgruppe der versicherten Person und der Höhe der Versicherungssummen berechnet. Die Entgelte bleiben jeweils für ein Kalenderjahr garantiert. Es besteht keine Tarifgarantie.

Die Altersgruppen umfassen 0 bis 3 Jahre, 4 bis 15 Jahre, 16 bis 20 Jahre und 21 bis 65 Jahre. Die letzte Altersgruppe umfasst ältere Personen.

9. Verhalten im Schadenfall

Ein Unfall, der voraussichtlich die Leistungspflicht des Versicherers auslöst, ist ÖKK ohne Verzug 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 Unfalls 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 und ordnungsmässiger 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.

10. 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.

11. 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.

12. Anwendbares Recht

Im Übrigen gelten für diese Versicherung die aktuellen Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).

ÖKK RISIKOKAPITAL BEI TOD ODER INVALIDITÄT DURCH KRANKHEIT

Squarelife Insurance AG, Ausgabe 1.1.2023

INHALTSVERZEICHNIS

1.	**Versicherungsgrundlagen**	**80**
1.1	Grundlagen	80
1.2	Zweck und Inhalt der Versicherung	80
1.3	Gemeinsame Bestimmungen	80
1.4	Vertragsparteien und Versicherungsverhältnis	80
1.5	Versicherte Personen	80
1.6	Versicherungsjahr	80
1.7	Altersbestimmung	80
1.8	Aufnahme in die Versicherung	80
2.	**Aufnahmegesuch**	**80**
2.1	Beginn des Versicherungsschutzes	80
2.2	Aufnahmegesuch	80
2.3	Kein Versicherungsschutz	80
2.4	Wegfall des Versicherungsschutzes	80
2.5	Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	80
3.	**Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung**	**80**
3.1	Beginn und Dauer der Versicherung	80
3.2	Änderung der Versicherung	80
3.3	Sistierung der Versicherung	80
3.4	Beendigung der Versicherung	80
4.	**Leistungen**	**81**
4.1	Leistungsüberblick	81
4.2	Begriffsdefinitionen	81
4.3	Versicherungssummen	81
4.4	Invaliditätskapital	81
4.5	Todesfallkapital	82
4.6	Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen	83
4.7	Reduzierter Anspruch auf Versicherungsleistungen	83
5.	**Pflichten der versicherten Person**	**84**
5.1	Anzeigepflicht und Gesundheitsprüfung	84
5.2	Verhalten im Schadenfall	84
5.3	Mitwirkungspflichten bei Krankheit	84
5.4	Mitteilungen und Anzeigen	84
6.	**Entgelt**	**84**
7.	**Besondere Bestimmungen**	**84**
7.1	Militärdienst	84
7.2	Erfüllungsort	84
7.3	Gerichtsstand und anwendbares Recht	84

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Grundlagen

Die Grundlagen des Vertrages «ÖKK RISIKOKAPITAL BEI TOD ODER INVALIDITÄT DURCH KRANKHEIT» bilden das individuelle Aufnahmegesuch, die Versicherungsbestätigung, die Gemeinsamen Bestimmungen (GB) und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB KTI) zur Risikokapitalversicherung bei Tod und Invalidität durch Krankheit sowie subsidiär die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).

1.2 Zweck und Inhalt der Versicherung

Zweck der vorliegenden Risikokapitalversicherung ist der Schutz der versicherten Personen gegen die wirtschaftlichen Folgen bei Tod und Invalidität infolge Krankheit.

Inhalt der vorliegenden Risikokapitalversicherung bildet eine einmalige Kapitalleistung zur Deckung der wirtschaftlichen Folgen bei Tod oder Invalidität durch Krankheit.

1.3 Gemeinsame Bestimmungen

Es gelten die in der Versicherungsbestätigung festgehaltenen Gemeinsamen Bestimmungen (GB) der Produktlinie ÖKK UNO oder ÖKK LIVE. Diese sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts. Soweit die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts von den GB abweichen, gehen die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts den GB vor.

1.4 Vertragsparteien und Versicherungsverhältnis

Die ÖKK Versicherungen AG (nachfolgend ÖKK genannt) hat als Versicherungsnehmerin mit der Squarelife Insurance AG, 9491 Ruggell, Liechtenstein (nachfolgend Squarelife genannt) als Versicherer einen Kollektivversicherungsvertrag abgeschlossen.

Den versicherten Personen steht aus diesem Vertrag ein direktes Forderungsrecht gegenüber ÖKK zu (Art. 95a VVG i.V.m. Art. 98 VVG).

1.5 Versicherte Personen

Versicherbar sind Einzelpersonen mit Wohnsitz in der Schweiz.

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 gesuchstellende Person muss das Aufnahmegesuch vollständig und wahrheitsgetreu ausfüllen und einreichen. Eine Aufnahme ist nicht in allen Fällen möglich.

Wird die Aufnahme in die Versicherung in den ersten 90 Lebenstagen beantragt, gerechnet vom Tag der Geburt der versicherten Person, so ist keine Gesundheitsprüfung notwendig.

2. Aufnahmegesuch

2.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem von ÖKK dem Vertragspartner schriftlich mitgeteilten Tag des Versicherungsbeginns, frühestens jedoch mit dem auf der Versicherungsbestätigung genannten Datum, sofern die versicherte Person im Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsschutzes vollumfänglich arbeitsfähig ist.

2.2 Aufnahmegesuch

Die gesuchstellende Person muss das Aufnahmegesuch vollständig und wahrheitsgetreu ausfüllen, unterzeichnen und ÖKK einreichen. Die Fragen zu Gesundheit und weiteren Risikomerkmalen muss die versicherte Person oder deren gesetzlicher Vertreter vollständig und wahrheitsgetreu beantworten.

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, 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 (UNO-Blauhelme, OSZE-Gelbmützen etc.), entfällt der Versicherungsschutz.

2.5 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

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. Altersjahres der versicherten Person (Abschlussalter).

Das Versicherungsverhältnis dauert längstens bis zum Tag der Vollendung des 65. Altersjahres 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

Zur Erhöhung der Versicherungssumme im Rahmen der vordefinierten Alterskategorien und Versicherungssummen kann vor Erreichen des Abschlussalters der versicherten Person ein entsprechendes Gesuch gestellt werden, wobei ÖKK nicht zu dessen Annahme verpflichtet ist.

3.3 Sistierung der Versicherung

Eine Sistierung der Versicherung ist nicht möglich.

3.4 Beendigung der Versicherung

Die Versicherung endet
- mit dem Tod der versicherten Person,
- mit der Auszahlung der Todesfallsumme im Falle einer tödlichen Krankheit gemäss Ziff. 4.5.3,
- bei vollständiger Invalidität der versicherten Person,
- bei Erreichen des Schlussalters am Tag nach Vollendung des 65. Altersjahres.

Die Versicherung endet vorzeitig
- durch Rücktritt oder Kündigung des Vertragspartners von ÖKK,
- durch Kündigung infolge Anzeigepflichtverletzung (Art. 6 ff. VVG), Rücktritt im Falle eines Teilschadens (Art. 42 VVG) oder Kündigung aus wichtigem Grund (Art. 35b VVG),
- wenn der Vertragspartner von ÖKK oder die versicherte Person ihren Wohnsitz ausserhalb der Schweiz nimmt oder sich länger als 12 Monate dort aufhält,

– in den gesetzlich vorgesehenen Fällen, insbesondere bei ausstehendem Entgelt.

Die Versicherung erlischt ferner bei Auflösung des Kollektivversicherungsvertrages zwischen ÖKK und Squarelife. Die Auflösung muss dem Vertragspartner spätestens zwei Monate vor Erlöschen des Versicherungsschutzes schriftlich mitgeteilt werden.

4. Leistungen

4.1 Leistungsüberblick

ÖKK erbringt den anspruchsberechtigten Personen 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 bis ans Lebensende andauernde Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit. Sie wird vom Versicherer anerkannt,

– wenn kumulativ von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung der Erwerbsfähigkeit nicht erwartet werden kann und
– wenn die Erwerbsunfähigkeit trotz Eingliederungsmassnahmen verbleiben wird und
– wenn sie über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bestanden hat.

Steht die Invalidität vor Ablauf von 24 Monaten fest, kann der Versicherer sie früher anerkennen.

4.2.2 Krankheit

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

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 infolge 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 Versicherungsbestätigung aufgeführten Versicherungssummen.

4.3.2 Mindestversicherungssummen

Die Mindestversicherungssumme für ein Todesfallkapital und ein Invaliditätskapital beträgt CHF 10’000.

Das gesetzliche Todesfallkapital beträgt bei Kleinkindern, die noch nicht 2½ Jahre alt sind, höchstens CHF 2’500.

4.3.3 Höchstversicherungssummen

Die Höchstversicherungssummen sind vom Alter der versicherten Person gemäss nachstehender Tabelle abhängig.

Tod

Alterskategorie	Höchstversicherungssumme Tod (CHF)
0–12* Jahre	20’000*
13–20 Jahre	300’000
21–65** Jahre	500’000

* Das gesetzliche Todesfallkapital beträgt bei Kleinkindern, die noch nicht 2½ Jahre alt sind, höchstens CHF 2’500.
** Bis Schlussalter gemäss Ziffern 3.1 und 3.4

Invalidität

Alterskategorie	Höchstversicherungssumme Invalidität (CHF)
0–20 Jahre	300’000
21–60 Jahre	500’000
61–65** Jahre	100’000

** Bis Schlussalter gemäss Ziffer 3.1 und 3.4

Bei Erreichen einer neuen Alterskategorie werden die Versicherungssummen automatisch auf die Höchstversicherungssummen der entsprechenden Alterskategorie reduziert und die Entgelte entsprechend angepasst. Andernfalls bleiben die Versicherungssummen unverändert.

4.3.4 Überholende Kausalität

Stirbt die versicherte Person vor Ausrichtung der Invaliditätskapitalleistung, wird lediglich eine versicherte Todesfallsumme ausbezahlt.

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 40 % attestiert hat.

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 sowie wenn eine mit absoluter Sicherheit zu einer Invalidität führenden Diagnose gemäss der Ziff. 4.4.3 feststeht, kann das versicherte Invaliditätskapital ganz oder teilweise vorher erbracht werden.

Der Versicherer entscheidet hierüber im Einzelfall.

4.4.3 Mit absoluter Sicherheit zu einer Invalidität führende Diagnosen

Bei einer mit absoluter Sicherheit zu einer Invalidität führenden Diagnose entrichtet der Versicherer eine Sofortteilzahlung in Höhe von bis zu CHF 20'000 als Anzahlung auf das Invaliditätskapital und dies ohne Abwarten der Wartefrist.

Eine mit absoluter Sicherheit zu einer Invalidität führende Diagnose liegt vor, wenn dies seitens des behandelnden medizinischen Spezialisten festgestellt und durch den seitens des Versicherers beauftragten Sachverständigen bestätigt wird.

Leistungen aus dieser Versicherung werden ausschliesslich bei den nachfolgend abschliessend aufgezählten, mit absoluter Sicherheit zu einer Invalidität führenden Diagnosen erbracht:

- Totaler Sehverlust
- Totaler Hörverlust
- Multiple Sklerose ab EDSS (Expanded Disability Status Scale) Schweregrad 3.5
- Parkinson ab Stadium 3 nach Hoehn-und-Yahr-Skala
- Demenz
- Paraplegie
- Tetraplegie
- Amputationen mindestens einer Hand oder beider Beine oberhalb des Kniegelenks

4.4.4 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.

4.4.5 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 40 % bis unter 70 % besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Ausrichtung des Invaliditätskapitals im Verhältnis zum festgesetzten Invaliditätsgrad.
- Bei einer Erwerbsunfähigkeit unter 40 % besteht kein Anspruch auf Ausrichtung eines Invaliditätskapitals.

4.4.6 Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades

Bei Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades nach ausgerichtetem Invaliditätskapital findet keine Leistungsanpassung gemäss dem neuen Grad der Erwerbsunfähigkeit statt.

4.4.7 Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei erwerbstätigen Erwachsenen

Bei erwerbstätigen Personen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit aufgrund des von der versicherten Person erlittenen Erwerbsausfalles ermittelt. Grundsätzlich wird der von der eidgenössischen Invalidenversicherung rechtskräftig festgestellte Invaliditätsgrad anerkannt.

Bei erwerbstätigen Personen 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 Personen mit schwankendem oder unregelmässigem Einkommen wird der Durchschnitt des AHV-pflichtigen Einkommens der letzten zwei Kalenderjahre vor Beginn der Wartefrist herangezogen.

Bei selbstständig erwerbenden Personen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit entweder aufgrund des Durchschnitts des AHV-pflichtigen Einkommens der letzten zwei 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 erzielt oder bei ausgeglichenem Arbeitsmarkt noch erzielen könnte; die Differenz, ausgedrückt in Prozent des bisherigen Einkommens, ergibt den Grad der Erwerbsunfähigkeit.

4.4.8 Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei nicht- oder teilerwerbstätigen Erwachsenen

Bei nichterwerbstätigen und bei erwerbstätigen Personen, 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. Grundsätzlich wird der von der Invalidenversicherung (IV) rechtskräftig festgestellte Invaliditätsgrad anerkannt.

Bei teilerwerbstätigen Personen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit analog der gemischten Methode der IV ermittelt.

4.4.9 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

Tritt der Tod der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsschutzes ein, so entsteht der Anspruch auf das Todesfallkapital.

Der Versicherer verzichtet darauf, 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 Tödliche Krankheit
Bei Diagnose einer schweren Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal 12 Monaten für eine versicherte Person nach Versicherungsbeginn und mindestens 12 Monate vor Ende der Versicherungsdauer zahlt der Versicherer die zum Zeitpunkt der Diagnose gültige Versicherungssumme für den Todesfall zu Lebzeiten aus, wenn dies seitens des behandelnden medizinischen Spezialisten festgestellt und durch den seitens des Versicherers beauftragten Sachverständigen bestätigt wird und soweit keine Einschränkungen, die sich aus diesen AVB KTI, GB oder anzuwendenden gesetzlichen Regelungen ergeben, dem entgegenstehen.

Der Versicherungsschutz endet mit Zahlung der Versicherungssumme für die schwere Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal 12 Monaten. Für den Zweck dieses Vertrags wird eine "schwere Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal 12 Monaten" als eine fortgeschrittene, sich schnell entwickelnde, unheilbare Krankheit definiert, bei der nach Meinung des behandelnden medizinischen Spezialisten und eines vom Versicherer beauftragten Sachverständigen die Lebenserwartung nicht mehr als 12 Monate beträgt.

Wenn sich eine versicherte Person schuldhaft eine schwere Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal 12 Monaten zuzieht (ungeachtet dessen, ob die versicherte Person zu jenem Zeitpunkt zurechnungsfähig war oder nicht), ist der Versicherer von der Versicherungsleistung befreit.

4.5.4 Begünstigung
Soweit für die Auszahlung des Todesfallkapitals nichts anderes bestimmt ist, gelten nacheinander die folgenden Personen als begünstigt:
- im Fall von Ziff. 4.5.3 die versicherte Person,
- bei deren Ableben der Ehegatte oder der eingetragene Partner der versicherten Person,
- bei dessen Fehlen die Kinder der versicherten Person,
- bei deren Fehlen die Eltern der versicherten Person,
- bei deren Fehlen die übrigen Erben der versicherten Person unter Ausschluss des Gemeinwesens.

Der Vertragspartner kann die Reihenfolge der Begünstigungsordnung vor dem Tod der versicherten Person jederzeit ändern, Berechtigte ausschliessen oder andere Begünstigte bezeichnen, sofern er zuvor nicht eine unwiderrufliche Begünstigung erstellt hat. Als Begünstigte können auch juristische Personen eingesetzt werden. Eine Änderung der Begünstigung ist schriftlich mitzuteilen.

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 GB, die laut Versicherungsbestätigung anwendbar sind, 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 GB, die laut Versicherungsbestätigung anwendbar sind, aufgeführten, Unfällen gleichgestellten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf eine Erkrankung oder Abnützung zurückzuführen sind.
- Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen und deren Folgen, ausgenommen Sonnenbrand und 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 darauf, 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 drei Jahren nach dem Aufnahmegesuch 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 ionisierenden 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.

4.6.7 Weitere Leistungsausschlüsse
Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht im Weiteren in den Fällen von Ziff. 6.4.2 der GB (Leistungsausschluss).

4.7 Reduzierter Anspruch auf Versicherungsleistungen

4.7.1 Zusammentreffen verschiedener Ursachen
Treffen verschiedene Ursachen zusammen, werden jene Teilansprüche 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.

4.7.3 Weitere Leistungsbeschränkungen
Leistungsbeschränkungen besteht im Weiteren in den Fällen von Ziff. 6.4.3 der GB (Leistungseinschränkungen).

4.7.4 Prüfung des Versicherungsanspruches
Die zur Anspruchsprüfung einzureichenden Unterlagen umfassen grundsätzlich

bei Tod:
- Familienregisterauszug / Ärztliches Todesfallzeugnis / Amtliche Todesfallbescheinigung

bei Erwerbsunfähigkeit:
- ärztliches Zeugnis / Krankheitsunterlagen / IV-Verfügung / 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 ÖKK und dem Versicherer vom Arztgeheimnis entbunden.

4.7.5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistung wird ausbezahlt, wenn die anspruchsberechtigte Person sämtliche Unterlagen beigebracht hat, welche zur Prüfung und Beurteilung des Leistungsanspruchs benötigt werden, und die Prüfung positiv ausfällt.

Die Versicherungsleistung wird nach dem Ablauf von vier Wochen fällig, von dem Zeitpunkt an gerechnet, an dem der Versicherer sämtliche Unterlagen und Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruches überzeugen kann, im Invaliditätsfall frühestens jedoch nach Ablauf der Wartefrist. Bis zu diesem Zeitpunkt ist das Entgelt geschuldet.

Die Versicherungsleistung erfolgt in Schweizer Franken (CHF) auf ein von der anspruchsberechtigten Person bezeichnetes Konto bei einer Bank in der Schweiz oder bei der schweizerischen Post.

5. Pflichten der versicherten Person

5.1 Anzeigepflicht und Gesundheitsprüfung

Im Aufnahmegesuch sind alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie bekannt sind oder bekannt sein müssen, wahrheitsgemäss und vollständig anzugeben. Werden solche Tatsachen unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, kann ÖKK innert vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag durch schriftliche Erklärung kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Vertragspartner wirksam.

Wird der Vertrag durch Kündigung aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht für bereits eingetretene Schäden, soweit deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrtatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungen schon erbracht wurden, besteht ein Anspruch auf Rückerstattung. Es besteht kein Anspruch auf Rückerstattung der Entgelte für die Deckung.

5.2 Verhalten im Schadenfall

Eine Krankheit, die voraussichtlich eine Leistungspflicht 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.

5.3 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 ihm bezeichnete Ärzte untersuchen zu lassen. Die versicherte Person hat sich den Untersuchungen und Anordnungen der vom Versicherer auf seine Kosten beauftragten Ärzte zu unterziehen.

Kommt die anspruchsberechtigte Person einer dieser Obliegenheiten nicht nach, so tritt die Fälligkeit des Leistungsanspruchs nicht ein und der Versicherer ist befugt, die Leistungen zu verweigern, es sei denn, die Verletzung sei nach den Umständen als eine unverschuldete anzusehen oder die anspruchsberechtigte Person weise nach, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und den Umfang der vom Versicherer geschuldeten Leistung gehabt hat. In jedem Fall dauert die Pflicht zur Leistung des Entgelts für die Deckung an.

5.4 Mitteilungen und Anzeigen

Alle Mitteilungen und Anzeigen sind an ÖKK zu richten und sind nur dann rechtlich wirksam, wenn sie schriftlich per E-Mail oder per Post eintreffen.

6. Entgelt

Das Entgelt für die Deckung wird aufgrund der Zugehörigkeit zur Altersgruppe der versicherten Person und der Höhe der Versicherungssummen berechnet. Die Entgelte bleiben jeweils für ein Kalenderjahr garantiert. Es besteht keine Tarifgarantie.

Die Altersgruppen sind 0 bis 3 Jahre und 4 bis 15 Jahre. Anschliessend umfasst eine Altersgruppe jeweils 5 Jahre, d.h. 16 bis 20 Jahre, 21 bis 25 Jahre etc. Die letzte Altersgruppe enthält die Jahre 61 bis 65.

7. Besondere Bestimmungen

7.1 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.

7.2 Erfüllungsort

Erfüllungsort ist der schweizerische Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person. Bei Fehlen eines solchen Wohnsitzes gilt der Sitz von ÖKK als Erfüllungsort.

7.3 Gerichtsstand und anwendbares Recht

Bei Streitigkeiten aus diesem Vertrag steht den anspruchsberechtigten Personen wahlweise der Gerichtsstand an ihrem schweizerischen Wohnsitz oder am Gesellschaftssitz von ÖKK offen. Auf den vorliegenden Vertrag findet ausschliesslich schweizerisches Recht Anwendung.

ÖKK COMPENSA

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2022

INHALTSVERZEICHNIS

1.	**Versicherungsgrundlagen**	**86**
1.1	Versicherungsträger	86
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	86
1.3	Zweck	86
2.	**Örtliche Geltung**	**86**
2.1	Allgemeines	86
2.2	Arbeitsunfähigkeit im Ausland	86
2.3	Auslandaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit	86
3.	**Versicherungsabschluss**	**86**
3.1	Aufnahmebedingungen	86
3.2	Ärztliches Zeugnis	86
3.3	Übertritt aus der Kollektivversicherung	86
3.4	AHV-Rentenalter	86
4.	**Kündigung**	**86**
4.1	Ausserordentliche Kündigung	86
4.2	Übrige Beendigungsgründe	86
5.	**Versicherungsmöglichkeiten**	**86**
6.	**Versicherungsumfang**	**86**
6.1	Höhe des versicherten Taggeldes	86
6.2	Bemessungsgrundlage der Taggelder	86
6.3	Maximaldeckung	87
6.4	Unfalldeckung	87
6.5	Geburt	87
6.6	Leistungsbeginn und Wartefristen	87
6.7	Anpassung der Versicherung	87
7.	**Versicherungsleistungen**	**87**
7.1	Leistungsvoraussetzung	87
7.2	Leistungsumfang	87
7.3	Leistungsdauer	88
7.4	Leistungsbeschränkungen	88
8.	**Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall**	**88**
8.1	Meldepflicht	88
8.2	Auskunftspflicht	88
9.	**Prämien und Zahlungen**	**89**
9.1	Prämienhöhe	89
9.2	Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)	89
9.3	Leistungsausrichtung	89
10.	**Leistungen Dritter**	**89**
10.1	Angestellte und Nicht-Erwerbstätige	89
10.2	Selbstständig Erwerbende	89

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

Versicherungsträgerin ist die ÖKK Versicherungen AG, Landquart (nachfolgend Versicherer genannt).

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Es gelten die in der Versicherungspolice festgehaltenen Gemeinsamen Bestimmungen (GB) der Produktlinie ÖKK UNO oder ÖKK LIVE. Diese sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts. Soweit die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts von den GB abweichen, gehen die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts den GB vor.

1.3 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.

2. Örtliche Geltung

2.1 Allgemeines

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

2.2 Arbeitsunfähigkeit im Ausland

Bei privaten Ferienreisen ins Ausland werden die versicherten Taggeldleistungen nur bei Spitalaufenthalt ausgerichtet. Diese Regelung gilt auch für Grenzgänger ausserhalb der Schweiz sowie ausserhalb ihres Wohnortes. Vorbehalten bleibt ein Aufenthalt aus beruflichen Gründen.

2.3 Auslandaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit

Begibt sich eine arbeitsunfähige versicherte Person, die Anspruch auf Leistungen hat, ohne Zustimmung des Versicherers ins Ausland, besteht während der Zeit des Auslandaufenthaltes kein Anspruch auf Leistungen. Diese Einschränkung gilt nicht für Grenzgänger bei Aufenthalt in der Schweiz.

3. Versicherungsabschluss

3.1 Aufnahmebedingungen

Selbstständig Erwerbende, 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 und
- ihren Wohnsitz in der Schweiz haben.

3.2 Ärztliches Zeugnis

Der Versicherer kann ein ärztliches Zeugnis oder eine vertrauensärztliche Untersuchung verlangen. Er kann den Arzt bestimmen und trägt die Kosten.

3.3 Übertritt aus der Kollektivversicherung

Für den Übertritt aus der Kollektiv- in die Einzelversicherung gelten die AVB der ÖKK ERWERBSAUSFALLVERSICHERUNG (VVG) für Unternehmen.

Grenzgänger können von der Kollektivtaggeldversicherung in diese Einzelversicherung übertreten, wenn sie unmittelbar nach Ausscheiden aus der Kollektivtaggeldversicherung in der Schweiz weiter arbeiten und in keine andere Kollektivtaggeldversicherung übertreten können oder als arbeitslose Personen im Sinne des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung (AVIG) gelten und Taggelder aus der Arbeitslosenversicherung beanspruchen können.

3.4 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.

4. Kündigung

4.1 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 des Versicherers unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf Monatsende erfolgen.

4.2 Übrige Beendigungsgründe

Neben den in den GB, die laut Police anwendbar sind, erwähnten Beendigungsgründen erlischt die Versicherung in folgenden Fällen:

a) bei Aufgabe der Geschäftstätigkeit der selbstständig erwerbenden versicherten Person
b) bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland, ausgenommen die Verlegung ins grenznahe Ausland
c) bei Pensionierung – es kann jedoch eine Weiterversicherung bis zum vollendeten 70. Altersjahr beantragt werden
d) bei Wegzug ins Ausland, ausgenommen bei Wohnsitznahme im grenznahen Ausland

Der Versicherer kann innert vier Wochen vom Vertrag zurücktreten

e) wenn sich die versicherte Person Verfügungen des Versicherers oder Anordnungen des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt
f) bei einer Anzeigepflichtverletzung bei Antragstellung sowie bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch

5. Versicherungsmöglichkeiten

Folgende Versicherungsvarianten können gewählt werden:

- Taggeld bei Krankheit
- Taggeld bei Unfall
- Taggeld bei Krankheit und Unfall

Diese Versicherungsvarianten können mit unterschiedlicher Leistungsdauer abgeschlossen werden.

6. Versicherungsumfang

6.1 Höhe des versicherten Taggeldes

Die Höhe des Taggeldes wird zwischen der versicherten Person und dem Versicherer vereinbart.

6.2 Bemessungsgrundlage der Taggelder

Das Taggeld errechnet sich als der 365. Teil des versicherten Erwerbsausfalls eines Jahres. Die ermittelten Taggelder werden für jeden Kalendertag ausgerichtet.

6.3 Maximaldeckung

6.3.1 Versicherbares Taggeld

Das versicherbare Taggeld ist auf CHF 200'000 pro Jahr begrenzt. Für Personen, die aus einer Kollektivversicherung des Versicherers übertreten, ist es auf CHF 250'000 pro Jahr begrenzt.

6.3.2 Selbstständig Erwerbende

Versicherte Personen, deren Einkommen aus einer selbstständigen 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.

6.3.3 Angestellte

Versicherte Personen, deren Einkommen aus einem unselbstständigen Arbeitsverhältnis stammt, können sich bis zur Höhe des AHV-pflichtigen Bruttolohnes versichern.

6.3.4 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.

6.3.5 Arbeitslose Personen

Die Maximaldeckung für arbeitslose Personen entspricht der Höhe der entgangenen Arbeitslosenentschädigung.

6.4 Unfalldeckung

Die Unfalldeckung kann miteingeschlossen bzw. allein versichert werden.

6.5 Geburt

Im Krankentaggeld ist die Deckung des Erwerbsausfalls infolge Geburt miteingeschlossen.

6.6 Leistungsbeginn und Wartefristen

Der Versicherer bietet Taggeld-Versicherungen mit unterschiedlichem Leistungsbeginn an.

Der Anspruch auf Leistungen beginnt nach Ablauf der Wartefrist. Die Wartefrist beginnt am Tag, an dem nach ärztlicher Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeit einsetzt, frühestens jedoch 3 Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Wartefristen bis und mit 21 Tage werden für jeden Krankheitsfall oder Unfall neu berechnet. Längere Wartefristen 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-Rentenalter wird eine vereinbarte Wartefrist von 60 Tagen und mehr in eine Wartefrist von 30 Tagen umgewandelt.

6.7 Anpassung der Versicherung

6.7.1 Anpassung an die Teuerung

Die versicherte Person kann die Anpassung ihrer Versicherung an die jährliche Teuerung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise verlangen. Der Versicherer gewährt diese Anpassung ohne Risikoprüfung, sofern in den letzten 2 Jahren keine Arbeitsunfähigkeit bestand und keine Taggelder bezogen wurden. 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.

6.7.2 Arbeitslose Personen

Arbeitslose Personen können ihre Versicherung gegen eine entsprechende Prämienanpassung unabhängig von ihrem Gesundheitszustand in eine solche mit einer Wartefrist von 30 Tagen umwandeln. Der Betrag des versicherten Taggeldes wird auf Beginn der Arbeitslosigkeit auf die Höhe der Arbeitslosenentschädigung herabgesetzt.

7. Versicherungsleistungen

7.1 Leistungsvoraussetzung

7.1.1 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.

7.1.2 Ärztliches Zeugnis

Taggeldleistungen setzen eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person voraus. Die Bescheinigung muss von einem durch den Versicherer anerkannten Arzt oder Chiropraktor (gemäss Ziffer 6.1.9 der GB ÖKK LIVE bzw. Ziffer 6.1.11 der GB ÖKK UNO) ausgestellt sein.

Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheits- oder Unfallmeldungen sind maximal bis zu drei Tage möglich.

7.2 Leistungsumfang

7.2.1 Im Allgemeinen

Die Leistungen bemessen sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang und den vorliegenden Versicherungsbedingungen.

7.2.2 Selbstständig Erwerbende und Nicht-Erwerbstätige

Bei selbstständig Erwerbenden und Nicht-Erwerbstätigen erbringt der Versicherer die vereinbarte Taggeldsumme.

7.2.3 Angestellte

Bei Angestellten dürfen die gesamthaft erbrachten Taggeldleistungen den entgangenen Verdienst der versicherten Person nicht übersteigen.

7.2.4 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.

7.2.5 Unfall

Ist das Unfallrisiko versichert, werden die Leistungen bei Unfall im gleichen Umfang wie bei Krankheit ausgerichtet.

7.2.6 Geburt

Taggelder bei Geburt werden erbracht, sofern vor der Geburt beim Versicherer 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.

7.3 Leistungsdauer

7.3.1 Grundsatz

Für Krankheit und Unfall zusammen wird das versicherte Taggeld während maximal 730 resp. 365 Tagen ausbezahlt. Die Leistungsdauer ist in der Versicherungspolice 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 Wartefrist wird an die maximale Leistungsdauer angerechnet. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Leistungsdauer als ganze Tage.

7.3.2 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 Wartefrist wie bei Krankheit. Die Wartefrist wird unabhängig von Krankheit und Unfall an die Leistungsdauer bei Geburt angerechnet. Wurde die Wartefrist infolge Schwangerschaftskomplikationen an die Leistungsdauer angerechnet, wird beim Geburtengeld auf eine erneute Anrechnung der Wartefrist verzichtet.

Die Taggelder bei Geburt werden an die maximale Leistungsdauer eines Versicherungsfalls angerechnet.

7.3.3 AHV-Rentenalter

Bei Weiterversicherung im AHV-Rentenalter besteht ein Anspruch auf das versicherte Taggeld für 90 Tage, für Personen, die aus einer Kollektivversicherung des Versicherers übertreten, 180 Tage, längstens jedoch bis zum vollendeten 70. Lebensjahr.

7.3.4 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 Insolvenzentschädigung.

7.3.5 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.

7.4 Leistungsbeschränkungen

7.4.1 Leistungsausschluss

Neben den in den GB, die laut Police anwendbar sind, 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 einen vom Versicherer nicht anerkannten Arzt oder 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 und
f) nach Beendigung des Versicherungsvertrages, wobei periodische Leistungsverpflichtungen im Sinne von Art. 35c VVG vorbehalten sind.

7.4.2 Leistungseinschränkungen

Neben den in den GB, die laut Police anwendbar sind, 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 des Versicherers oder Anordnungen des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt,
c) wenn die versicherte Person eine vom Versicherer verlangte vertrauensärztliche Kontrolluntersuchung verweigert und
d) wenn die versicherte Person sich weigert, eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

Vorbehalten bleiben die Bestimmungen nach Art. 45 VVG.

7.4.3 Rückerstattungspflicht

Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen müssen von der versicherten Person dem Versicherer rückerstattet werden.

8. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

8.1 Meldepflicht

Über jede Arbeitsunfähigkeit, die Anspruch auf einen Taggeldbezug geben könnte, hat die versicherte Person den Versicherer innert fünf Tagen zu informieren und dabei anzugeben, ob es sich um einen Unfall oder eine Krankheit handelt. Bei vereinbarten Wartefristen von mehr als 21 Tagen hat die Meldung über die Arbeitsunfähigkeit spätestens eine Woche vor einer allfälligen Leistungsforderung zu erfolgen.

Die vom Arzt resp. dem Chiropraktor ausgestellte Bescheinigung ist spätestens zehn Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit, bei Wartefristen von mehr als 21 Tagen mit der Meldung betreffend Arbeitsunfähigkeit, dem Versicherer zuzustellen.

Unter Vorbehalt von Art. 45 VVG gewährt der Versicherer bei Unterlassung ohne ausreichende Begründung Leistungen erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Meldung. Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheits- oder Unfallmeldungen sind maximal bis zu drei Tage zulässig.

Angestellte haben den Nachweis von ungedecktem Erwerbsausfall zu erbringen.

Reduziert sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit, ist dies dem Versicherer unverzüglich zu melden.

8.2 Auskunftspflicht

Die versicherte Person stellt bei Unfall dem Versicherer sämtliche erforderlichen Informationen über den Unfallhergang sowie am Unfall beteiligte Dritte zur Verfügung.

Bei öfter erfolgenden Kurzabsenzen innerhalb einer kürzeren Zeitspanne ist der Versicherer berechtigt, von der versicherten Person einen Arztbesuch am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu verlangen.

Der Versicherer kann die Arbeitsunfähigkeit sowie den ungedeckten Erwerbsausfall in jedem Fall überprüfen und gegebenenfalls geeignete Kontrollmassnahmen ergreifen.

Im Weiteren gelten die Auskunftspflichten gemäss den GB, die laut Police anwendbar sind.

9. Prämien und Zahlungen

9.1 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 GB, die laut Police anwendbar sind.

9.2 Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

9.2.1 Grundsatz

Bei Leistungsfreiheit wird ein Prämienrabatt gewährt.

9.2.2 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.

9.2.3 Rabattstufen

Es werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Rabattstufe	Prämie
0	100%
1	64%

Die Festsetzung der Rabattstufen kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

9.2.4 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.

9.2.5 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.

9.2.6 Änderung der Versicherungsdeckung

Bei Änderung der Versicherungsdeckung innerhalb von ÖKK COMPENSA bleibt die Rabattstufe erhalten.

9.3 Leistungsausrichtung

9.3.1 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.

9.3.2 Taggelder bei Geburt

Taggelder bei Geburt werden an selbstständig Erwerbende und Angestellte erst dann ausbezahlt, wenn dem Versicherer die Abrechnung der Mutterschaftsentschädigung gemäss EOG vorliegt.

10. Leistungen Dritter

10.1 Angestellte und Nicht-Erwerbstätige

Tage mit Teilleistungen infolge Kürzung wegen Anspruchs auf Leistungen Dritter zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und Wartefrist als ganze Tage.

Im Weiteren gelten die Regelungen betreffend Leistungen Dritter gemäss den GB, die laut Police anwendbar sind.

Die versicherte Person tritt allfällige Ansprüche auf Nachzahlungen gegenüber Sozialversicherungen an den Versicherer ab, soweit dieser Vorleistungen erbracht hat.

10.2 Selbstständig Erwerbende

Für selbstständig Erwerbende entspricht der Leistungsumfang der vereinbarten Taggeldsumme.

Im Weiteren gelten die Regelungen betreffend Leistungen Dritter gemäss den GB, die laut Police anwendbar sind, ausgenommen die Regelung betreffend Überversicherung.

Die versicherte Person tritt allfällige Ansprüche auf Nachzahlungen gegenüber Sozialversicherungen an den Versicherer ab, soweit dieser Vorleistungen erbracht hat.

ÖKK

0800 838 000
info@oekk.ch
oekk.ch

ÖKK320d/10.22