ÖKK

Versicherungsbedingungen

Produkte der bisherigen kmu-Krankenversicherung

Ausgabe 2017

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zusatzversicherungen nach VVG	Seite 2
Zusatzbedingungen (ZB) VIVA zu den AVB Zusatzversicherungen nach VVG	Seite 10
Zusatzbedingungen (ZB) PROSANO zu den AVB Zusatzversicherungen nach VVG	Seite 15
Zusatzbedingungen (ZB) KOMBI zu den AVB Zusatzversicherungen nach VVG	Seite 20
Zusatzbedingungen (ZB) TAGGELDVERSICHERUNG zu den AVB Zusatzversicherungen nach VVG	Seite 25
Patientenrechtsschutz-Versicherung AVB	Seite 27
Krankheits-Tod- und Invaliditätsversicherung infolge Krankheit und Unfall (KTI)	Seite 30
UTI Unfallversicherung für Tod und Invalidität	Seite 36

ÖKK

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zusatzversicherungen nach VVG

Ausgabe 1.1.2013

Inhaltsverzeichnis

1. Gegenstand der Versicherung
2. Versicherungsmöglichkeiten
3. Versicherte Personen
4. Vertragsgrundlagen
5. Örtlicher Geltungsbereich
6. Leistungen im Ausland
7. Versicherte Risiken
8. Definitionen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft
9. Anerkannte Leistungserbringer
10. Beginn und Dauer der Versicherung
11. Kündigung durch den Versicherungsnehmer
12. Kündigungsverzicht und Anpassung der AVB
13. Anpassung von Prämien, Kostenanteil und Jahresfranchise
14. Mitteilung über Anpassungen der Prämien und Versicherungsbedingungen
15. Prämienzahlung
16. Rückzahlung von Kostenanteilen und Jahresfranchise
17. Mahngebühren und Inkassokosten
18. Rückerstattung der Prämie
19. Versicherung für Kinder
20. Abgrenzung Altersjahr
21. Obliegenheiten bei Aufnahme in die Versicherung und während deren Dauer
22. Vorbehalt und Ablehnung Versicherungsantrag
23. Obliegenheiten im Schadenfall
24. Verletzung der Anzeigepflichten oder Obliegenheiten
25. Zahlungspflicht
26. Honorarvereinbarungen
27. Leistungsausschlüsse
28. Grobfahrlässigkeit
29. Subsidiarität und Leistungen Dritter
30. Vorleistung und Regressrecht
31. Verrechnung
32. Frist für die Auszahlung von Versicherungsleistungen
33. Verpfändung und Abtretung von Leistungen
34. Tarife der Leistungserbringer
35. Überentschädigung
36. Sistierung der Versicherungsdeckung
37. Bemessungsgrundlage für die Einhaltung von Fristen
38. Dienstleistungen MEDGATE
39. Gerichtsstand

Diese gemeinsamen Bestimmungen gelten für alle Versicherungsabteilungen. Einzelheiten über die verschiedenen Leistungen sowie Abweichungen von den gemeinsamen Bestimmungen finden sich in den Zusatzbedingungen der betreffenden Versicherungsabteilungen. Alle personenbezogenen Begriffe sind geschlechtsneutral zu verstehen.

1. Gegenstand der Versicherung

Versichert sind durch die Zusatzversicherungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen der nachfolgenden Bestimmungen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall während der Dauer, in welcher die Versicherung besteht. Risikoträger für Zusatzversicherungen nach VVG ist die ÖKK Versicherungen AG in Landquart (nachfolgend «ÖKK»).

2. Versicherungsmöglichkeiten

2.1

Der Vertrag kann die folgenden Versicherungsabteilungen umfassen:
- PROSANO-PLUS Krankenpflege-Zusatzversicherung für Nichtraucher
- PROSANO-Spitalzusatzversicherung für Nichtraucher
- VIVA-PLUS Krankenpflege-Zusatzversicherung
- VIVA-Spitalzusatzversicherung
- PLUS Zusatzversicherung Krankenpflege
- KOMBI-Spitalzusatzversicherung
- DENTA Zahnbehandlungskostenversicherung
- TAGGELDVERSICHERUNG VVG/K Taggeldversicherung
- MAXIMO Ergänzungsversicherung

2.2

Auf der Versicherungspolice ist aufgeführt, welche Versicherungsabteilungen abgeschlossen und ob besondere Bedingungen vereinbart wurden.

3. Versicherte Personen

Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen.

4. Vertragsgrundlagen

Der Versicherungsvertrag unterliegt, soweit nicht die Vertragsbestimmungen eine abweichende Regelung enthalten, den Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).

5. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt, wo nicht etwas anderes festgehalten ist, auf der ganzen Welt. Vorbehalten bleibt Art. 6.

6. Leistungen im Ausland

6.1

Bei Auslandaufenthalt erbringt ÖKK die versicherten Leistungen für akute, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche ambulante und stationäre Behandlungen, sofern es sich um einen Notfall handelt und eine Heimreise oder eine Verlegung in eine schweizerische Heilanstalt medizinisch nicht möglich ist, oder der versicherten Person nicht zugemutet werden kann. Abweichende Bestimmungen sind in den Zusatzbedingungen der einzelnen Versicherungsabteilungen aufgeführt.

6.2

Die detaillierten Rechnungen und die notwendigen medizinischen Angaben sind der ÖKK einzureichen. Sind die Unterlagen ungenügend oder unvollständig, so hat der Versicherungsnehmer nach Erhalt der schriftlichen Aufforderung durch ÖKK die Möglichkeit, diese innert 60 Tagen zu vervollständigen, andernfalls kann ÖKK Leistungen verweigern oder kürzen.

6.3

Begibt sich eine versicherte Person zur Behandlung ins Ausland, werden ihm die Kosten nicht ersetzt.

7. Versicherte Risiken

Versicherte Risiken sind Krankheit, Unfall und Mutterschaft.

8. Definitionen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft

8.1

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

8.2

Schwangerschaft und Niederkunft sind den Krankheiten gleichgestellt, sofern die Mutter bei der Niederkunft während mindestens 365 Tagen ununterbrochen bei ÖKK oder bei einem anderen Versicherer gleichwertig für Krankheit versichert gewesen ist und Mutterschaftsleistungen mitversichert sind. Die Leistungen für Schwangerschaft und Niederkunft für Mutter und Kind sind von ÖKK nach Ablauf von 3 vollen Kalenderjahren per 31. Dezember seit der Geburt geschuldet, sofern zum Zeitpunkt der Fälligkeit die entsprechenden Versicherungsabteilungen ungekündigt sind oder gleichwertig bei ÖKK bestehen. ÖKK erbringt die versicherten Leistungen als Vorleistung innert 30 Tagen nach Vorlage der zur Abrechnung erforderlichen Unterlagen. Wird die Versicherungsdeckung innerhalb von 3 vollen Kalenderjahren seit der Geburt gekündigt oder nicht gleichwertig weitergeführt, und bestand zu diesem Zeitpunkt keine mindestens gleichwertige Versicherungsdeckung während 3 vollen Kalenderjahren bei der kmu-Krankenversicherung bzw. ÖKK, sind die von ÖKK bezahlten Versicherungsleistungen vom Versicherungsnehmer innert 30 Tagen seit der Rechnungsstellung durch ÖKK zurückzuerstatten. ÖKK informiert den Versicherungsnehmer über die Rückforderungen innerhalb von 30 Tagen seit Bekanntgabe der Kündigung oder der Reduktion der Versicherungsabteilung. Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, die Kündigung oder die Reduktion der Versicherungsabteilung innert 30 Tagen seit Erhalt der Rückforderung mittels eingeschriebenen Brief rückgängig zu machen und die Versicherungsabteilung im bisherigen Rahmen weiterzuführen. Die Rückforderung entfällt in diesem Fall.

8.3

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

8.4

Folgende Körperschädigungen sind auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

a. Knochenbrüche, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung zurückzuführen sind
b. Verrenkungen von Gelenken
c. Meniskusrisse
d. Muskelrisse
e. Muskelzerrungen
f. Sehnenrisse
g. Bandläsionen
h. Trommelfellverletzungen

Diese Aufzählung ist abschliessend.

9. Anerkannte Leistungserbringer

9.1

Als anerkannte Leistungserbringer gelten diejenigen Personen und Einrichtungen, die durch die Krankenversicherungsgesetzgebung KVG als solche anerkannt sind.

9.2

Weitere anerkannte Leistungserbringer sind in den Zusatzbedingungen der einzelnen Versicherungsabteilungen aufgeführt.

10. Beginn und Dauer der Versicherung

10.1

Der Versicherungsvertrag gilt mit der Zustellung der Antragsannahme oder der Versicherungspolice als abgeschlossen und beginnt frühestens mit dem auf der Police aufgeführten Datum.

10.2

Die Mindestversicherungsdauer beträgt eine Versicherungsperiode. Die Versicherungsperiode dauert jeweils vom 1. Januar bis 31. Dezember. Der Vertrag verlängert sich am Ablaufdatum und nach jedem folgenden Versicherungsjahr stillschweigend um ein weiteres Jahr.

10.3

Die Versicherung erlischt

a mit dem Tod der versicherten Person;
b mit dem Erreichen des vereinbarten Alters, bis zu welchem ÖKK Versicherungsschutz gewährt;
c mit der Kündigung durch den Versicherungsnehmer nach Ablauf der vertraglichen Kündigungsfrist;
d bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland und gleichzeitigem Verlust der Versicherungspflicht gemäss KVG auf das Datum des Verlustes der Versicherungspflicht gemäss KVG, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde;
e nach Erschöpfung der Leistungen einer Versicherungsabteilung, wenn nur diese Versicherungsabteilung in der Police versichert ist.

11. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

11.1

Die Versicherung kann für jede einzelne versicherte Person nach ununterbrochener einjähriger Versicherungsdauer unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres durch den Versicherungsnehmer mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden.

11.2

Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag des Monats vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist an ÖKK zugestellt wird.

11.3

Nach jedem Schadenfall, für den ÖKK eine Leistung erbringen muss, kann der Versicherungsnehmer innert 14 Tagen seit Auszahlung der Entschädigung oder seit entsprechender Kenntnisnahme den Vertrag kündigen. Die Versicherungsdeckung erlischt mit dem Eintreffen dieser Mitteilung bei ÖKK.

11.4

Die Kündigung hat durch persönliche schriftliche Erklärung des Versicherungsnehmers selbst oder (bei fehlender Handlungsfähigkeit) seines gesetzlichen Vertreters zu erfolgen.

12. Kündigungsverzicht und Anpassung der AVB

12.1

ÖKK verzichtet auf das ihr gesetzlich zustehende Recht, auf Vertragsablauf zu kündigen und im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten. Vorbehalten bleibt der Rücktritt bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch durch den Versicherten (Art. 14/1, 38/3 und 40 VVG) und in den Fällen gemäss Art. 15.2 und Art. 23. In diesen Fällen kann ÖKK innert 4 Wochen nach Kenntnisnahme des Sachverhaltes kündigen.

12.2

ÖKK ist aus einem der nachstehend aufgeführten Gründe berechtigt, bei einzelnen Versicherungsabteilungen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB anzupassen:

a Veränderung der Anzahl von Leistungserbringern oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern;
b Entwicklungen der modernen Medizin;
c Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapieformen, wie z. B. Operationstechniken, Medikamente und ähnliches;
d Veränderungen in Sozialversicherungsgesetzen, insbesondere Krankenversicherungsgesetz KVG und Unfallversicherungsgesetz UVG.

13. Anpassung von Prämien, Kostenanteil und Jahresfranchise

13.1

Die Prämien werden jeweils per 1. Januar eines jeden Jahres dem effektiven Lebensalter der versicherten Personen entsprechend angepasst.

13.2

Hat ein Wohnsitzwechsel eine Prämienanpassung zur Folge, wird die Prämie auf den Zeitpunkt des Wohnsitzwechsels angepasst.

13.3

ÖKK kann Prämientarif, Kostenanteil und Jahresfranchise aufgrund der Kostenentwicklung und des Schadenverlaufs jährlich neu festlegen.

14. Mitteilung über Anpassungen der Prämien und Versicherungsbedingungen

Ändern die Prämien oder die Versicherungsbedingungen, ist ÖKK berechtigt, eine Vertragsanpassung ab nächstem Prämienverfall vorzunehmen. ÖKK teilt dem Versicherungsnehmer diese Anpassungen bis spätestens 45 Tage vor dem nächsten Prämienverfall schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit diesen Anpassungen nicht einverstanden sind, können die betroffenen Versicherungsabteilungen auf das Datum der Anpassung kündigen. Erhält ÖKK innert 30 Tagen seit Ankündigung der Anpassung keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Neuregelung der Versicherungen.

15. Prämienzahlung

15.1

Die Prämien sind für eine ganze Versicherungsperiode im Voraus geschuldet. Sie können auf besondere Vereinbarung zweimonatlich oder halbjährlich bezahlt werden. ÖKK behält sich vor, einen Ratenzuschlag zu erheben.

15.2

Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht innert 30 Tagen nicht nach, so wird er unter Hinweis auf die Verzugsfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Prämien samt Zinsen und Inkassospesen.

Bleibt auch eine weitere Mahnung innert 14 Tagen nach Zustellung ohne Erfolg, kann ÖKK vom Vertrag zurücktreten.

15.3

Für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, besteht keinerlei Leistungsanspruch, auch nicht bei nachträglicher Bezahlung der rückständigen Prämie.

15.4

Wird die ausstehende Prämie nicht innert 2 Monaten nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Vertrag.

15.5

Bei teilweiser Begleichung der Prämien werden zuerst sämtliche fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG chronologisch beglichen, sofern die Zweckbestimmung nicht eindeutig aus der Zahlung hervorgeht. Der allenfalls verbleibende Restbetrag wird, ebenfalls chronologisch, für die Prämien und Kostenbeteiligungen der Zusatzversicherungen verbucht.

16. Rückzahlung von Kostenanteilen und Jahresfranchise

16.1

Im Falle von Direktzahlungen an die Leistungserbringer durch ÖKK ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, vereinbarte Kostenanteile und Jahresfranchise innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung an ÖKK zurückzuerstatten.

16.2

Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht innert 30 Tagen nicht nach, so wird er unter Hinweis auf die Verzugsfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Kostenanteile und Jahresfranchise samt Zinsen und Inkassospesen. Bleibt auch eine weitere Mahnung innert 14 Tagen nach Zustellung ohne Erfolg, kann ÖKK vom Vertrag zurücktreten.

16.3

Für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, besteht keinerlei Leistungsanspruch, auch nicht bei nachträglicher Bezahlung der rückständigen Kostenanteile und Jahresfranchise.

16.4

Bei teilweiser Begleichung der Kostenanteile bzw. Jahresfranchise werden zuerst sämtliche fälligen Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG chronologisch beglichen, sofern die Zweckbestimmung nicht eindeutig aus der Zahlung hervorgeht. Der allenfalls verbleibende Restbetrag wird, ebenfalls chronologisch, für die Kostenanteile und Jahresfranchise der Zusatzversicherungen verbucht.

17. Mahngebühren und Inkassokosten

ÖKK ist berechtigt, beim Zahlungsverzug Mahngebühren von Fr. 20.– pro Mahnung und Zinsen, Inkassospesen und anderweitige Kosten vollumfänglich in Rechnung zu stellen. Für die Bearbeitung jeder Forderung wird eine Betreibungsgebühr von Fr. 35.– in Rechnung gestellt.

18. Rückerstattung der Prämie

18.1

Sofern die Prämie für eine bestimmte Versicherungsdauer vorausbezahlt wurde und der Vertrag aus einem gesetzlich oder vertraglich vorgesehenen Grunde vor Ende dieser Dauer aufgehoben wird, bezahlt ÖKK die auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfallende Prämie zurück.

18.2

Die Prämie für das laufende Versicherungsjahr ist jedoch ganz geschuldet, wenn der Vertrag beim Erlöschen weniger als 1 Jahr in Kraft war und der Versicherungsnehmer die Aufhebung veranlasst oder verschuldet hat.

18.3

Die Regelung gemäss Art. 18.1 gilt nicht, wenn der Vertrag im Schadenfall gekündigt wird oder wenn der Versicherungsnehmer Obliegenheiten gegenüber der kmu-Krankenversicherung bzw. ÖKK verletzt hat. In diesem Fall bleibt die Prämie für die laufende Versicherungsperiode geschuldet.

19. Versicherung für Kinder

Neugeborene Kinder können auf den Tag der Geburt versichert werden, sofern der Antrag für die Versicherung mindestens 10 Tage (Datum Poststempel) vor der Geburt bei ÖKK eingetroffen ist.

In diesem Fall werden die Versicherungsabteilungen PROSANO-PLUS, PROSANO-Spitalzusatzversicherung Deckungsvariante 1, VIVA-PLUS, VIVA-Spitalzusatzversicherung Deckungsvariante 1, MAXIMO und DENTA im beantragten Umfang versichert. Ein weitergehender Deckungsumfang kann frühestens 12 Monate nach der Geburt beantragt werden.

20. Abgrenzung Altersjahr

20.1

Erfolgen Abgrenzungen bis zu einem bestimmten zurückgelegten Altersjahr, ist jeweils das Ende des betreffenden Kalenderjahres gemeint.

20.2

Erfolgen Abgrenzungen nach einem bestimmten zurückgelegten Altersjahr, ist jeweils der Beginn des nächsten Kalenderjahres gemeint.

21. Obliegenheiten bei Aufnahme in die Versicherung und während deren Dauer

21.1

Die Antragsteller haben ÖKK im Antragsformular alle für die Beurteilung der Gefahr erheblichen Tatsachen, soweit und so wie sie ihnen beim Vertragsabschluss bekannt sind oder bekannt sein müssen, wahrheitsgemäss und vollständig anzugeben.

21.2

Stimmt der Inhalt der Versicherungspolice nicht mit den getroffenen Vereinbarungen überein, so hat der Versicherungsnehmer binnen vier Wochen nach Empfang der Urkunde deren Berichtigung zu verlangen, andernfalls der Inhalt vom Versicherungsnehmer als genehmigt gilt.

21.3

Wenn Antragsteller beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrentatsache, die sie kennen oder kennen mussten, unrichtig mitteilen oder verschweigen, kann ÖKK innert vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, den Vertrag künden.

21.4

Die Antragsteller und die versicherten Personen haben die Medizinalpersonen, die sie behandeln oder behandelt haben, gegenüber ÖKK von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden und sie zu ermächtigen, jede verlangte versicherungsrelevante Auskunft der ÖKK zu erteilen.

21.5

Ändert eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder ihre berufliche Tätigkeit, ist ÖKK davon innert 14 Tagen schriftlich in Kenntnis zu setzen. Unterlässt ein Versicherter die Meldung einer Adressänderung, so gilt für die rechtskräftige Zustellung sämtlicher Korrespondenzen die ÖKK letzte bekannte Adresse.

22. Vorbehalt und Ablehnung Versicherungsantrag

Krankheiten oder Unfallfolgen, die bei der Antragstellung bestehen oder bestanden haben, können durch Vorbehalt von der beantragten Versicherung ausgeschlossen werden. ÖKK kann einen Versicherungsantrag (Neuantrag und Änderungsantrag) ohne Begründung ablehnen.

23. Obliegenheiten im Schadenfall

23.1

Die versicherten Personen haben alles zu unternehmen, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere haben sie den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals Folge zu leisten.

23.2

Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, sind an ÖKK sämtliche ärztlichen Zeugnisse, Berichte, Belege und Rechnungen von Spitälern, Ärzten, medizinischem Personal usw. innerhalb von 60 Tagen nach Erhalt einzureichen. Es werden nur Originalrechnungen anerkannt.

23.3

Der Eintritt in ein Akutspital, in eine psychiatrische Klinik oder in eine Klinik für Rehabilitation ist ÖKK unverzüglich, spätestens aber fünf Tage vor dem Eintritt, schriftlich anzuzeigen. Wird eine Kostengutsprache verlangt, hat die Meldung vor dem Eintritt zu erfolgen. Zusätzliche Vergütungsvoraussetzungen richten sich

nach den jeweiligen Zusatzbedingungen der einzelnen Versicherungsabteilungen. Notfälle sind spätestens 3 Tage nach Eintritt schriftlich anzuzeigen.

23.4

Besteht ein Anspruch auf Taggeld, ist die Arbeitsunfähigkeit innert fünf Tagen an ÖKK zu melden. Innert weiterer drei Tage ist eine Arbeitsunfähigkeitbestätigung des Arztes oder des Chiropraktors einzureichen. Bei verspäteter Einreichung besteht frühestens ab Eingang des ärztlichen Zeugnisses Anspruch auf das versicherte Taggeld. Der den Beginn der Arbeitsunfähigkeit bestimmende Arzt darf nur mit Einverständnis von ÖKK gewechselt werden.

23.5

Alle Mitteilungen seitens ÖKK erfolgen rechtsgültig an die von den versicherten Personen oder Anspruchsberechtigten zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

24. Verletzung der Anzeigepflichten oder Obliegenheiten

24.1

Werden im Schadenfall die gebotenen Anzeigepflichten oder Obliegenheiten verletzt, kann ÖKK die Leistungen verweigern oder nach ihrem Ermessen festlegen.

24.2

Diese Rechtsnachteile treten nicht ein, wenn die Anzeigepflichtverletzung den Umständen nach als eine unverschuldete anzusehen ist.

25. Zahlungspflicht

Die versicherten Personen sind gegenüber den Leistungserbringern grundsätzlich Honorarschuldner. Sie akzeptieren jedoch anderslautende Verträge zwischen ÖKK und den Leistungserbringern, welche die Direktzahlung an die Leistungserbringer beinhalten.

26. Honorarvereinbarungen

Honorarvereinbarungen zwischen Rechnungsteller und versicherten Personen sind für ÖKK nicht verbindlich.

27. Leistungsausschlüsse

27.1

Keine Versicherungsdeckung besteht für:

a Krankheiten, Unfälle und deren Folgen nach Erlöschen der Versicherung bzw. der Versicherungsabteilung, auch wenn während der Versicherungsdauer Leistungen erbracht wurden.

b Mutterschaftsleistungen, wenn die Mutter bis zur Niederkunft nicht während 365 Tagen versichert war.

c Kosten einer unwirksamen, unzweckmässigen oder unwirtschaftlichen Behandlung. Als unwirtschaftlich gelten medizinische Massnahmen, die sich nicht auf das Interesse der versicherten Person und das den Behandlungszweck erforderliche Mass beschränken. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

d kosmetische Behandlungen und Operationen.

e für Behandlungskosten von Leistungsanbietern ausserhalb einer Versicherungsvariante mit eingeschränktem Wahlrecht.

f Zahnbehandlungen, sofern in einzelnen Versicherungsabteilungen eine Deckung nicht ausdrücklich vorgesehen ist.

g Krankheiten und Unfälle als Folge von aussergewöhnlichen Gefahren. Als solche gelten:
- g1 Teilnahme an Unruhen;
- g2 ausländischer Militärdienst;
- g3 Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten, vorsätzliche Ausübung von Vergehen und Verbrechen sowie der Versuch dazu;
- g4 Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, Versicherte seien als Unbeteiligte oder bei Hilfeleistungen für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
- g5 Gefahren, denen Versicherte sich dadurch aussetzen, dass sie andere stark provozieren.

h Krankheiten und Unfälle als Folge von Wagnissen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzen, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnis zu betrachten sind. Als Wagnisse gelten unter anderem: Hochgeschwindigkeits-Skirennen sowie das Training dazu, Bobrun-Skating, Brücken- und Kranspringen, Auto- und Motorradrennen sowie das Training dazu, Motocross sowie das Training dazu, Motorbootrennen sowie das Training dazu, Snow-Rafting.

i Krankheiten und Unfälle infolge kriegerischer Ereignisse
- i1 in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- i2 im Ausland, es sei denn, Versicherte erkranken oder verunfallen innert 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in dem sie sich aufhalten und sie seien vom Ausbruch der kriegerischen Ereignisse dort überrascht worden;

j Gesundheitsschäden infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Atomenergie.

k Krankheiten und Unfälle infolge missbräuchlichen Konsums von Alkohol, Medikamenten, Drogen, Tabak und Chemikalien.

l Organtransplantationen, für welche der Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen, Solothurn (SVK), Fallpauschalen vereinbart hat; dies gilt auch für Kliniken ohne vereinbarte Fallpauschalen.

m gesetzliche und vereinbarte Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

n Selbstverstümmelung, Selbsttötung sowie der Versuch dazu.

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

p Behandlungen von Fertilitätsstörungen.

27.2

Weitere Leistungsausschlüsse gemäss den Zusatzbedingungen der einzelnen Versicherungsabteilungen bleiben vorbehalten.

28. Grobfahrlässigkeit

ÖKK verzichtet auf das Recht, bei grobfahrlässiger Herbeiführung der versicherten Krankheit oder des Unfalles die Leistungen zu kürzen.

29. Subsidiarität und Leistungen Dritter

29.1

Sämtliche Leistungen gemäss den vorliegenden AVB werden im Nachgang zu den Leistungen ausländischer und inländischer Sozialversicherungen, insbesondere auch zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG, erbracht, unabhängig davon, ob diese Leistungen aus Gesetz, Vertrag oder nach Verschulden zu erbringen haben.

29.2

Besteht für die versicherten Kosten bei mehreren Privatversicherern Versicherungsschutz, werden sie gesamthaft nur einmal vergütet. Die abgeschlossene Zusatzversicherung bei ÖKK übernimmt dann die Kosten lediglich anteilsmässig, entsprechend der versicherten Leistungen bei den einzelnen Versicherern.

29.3

Sind für die Folgen von Krankheit oder Unfall haftpflichtige Dritte leistungspflichtig, gewährt ÖKK ihre Leistungen vorbehältlich Art. 27 dieser AVB nur, wenn die Dritten ihre Leistungen erbracht haben und nur in dem Masse, als unter Berücksichtigung der Leistungen Dritter den Versicherten kein Gewinn erwächst.

29.4

Werden durch ÖKK Leistungen in Ergänzung zu Sozialversicherungen erbracht, so wird der durch die Sozialversicherung erbrachte Anteil von den entstandenen Kosten bzw. des Rechnungstotales in Abzug gebracht. Die danach ungedeckten Kosten gelten als Bemessungsgrundlage für die Leistungsausrichtung von ÖKK.

30. Vorleistung und Regressrecht

30.1

ÖKK kann vorschussweise Leistungen unter der Bedingung entrichten, dass ihr die Versicherten ihre Ansprüche gegenüber leistungspflichtigen Dritten bis zur Höhe der von ihr erbrachten Leistungen abtreten und sich verpflichten, nichts zu unternehmen, was der Geltendmachung eines allfälligen Rückgriffsrechts gegenüber Dritten entgegenstünde.

30.2

Treffen Versicherte mit leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung von ÖKK eine Vereinbarung, in welcher sie teilweise oder gänzlich auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen verzichten, fällt der Leistungsanspruch gegenüber ÖKK dahin.

31. Verrechnung

31.1

ÖKK kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber den versicherten Personen verrechnen.

31.2

Die versicherten Personen verzichten auf das Verrechnungsrecht gegenüber ÖKK.

32. Frist für die Auszahlung von Versicherungsleistungen

Die Auszahlung von Versicherungsleistungen hat innert 30 Tagen nach Vorlage der erforderlichen Unterlagen zu erfolgen.

33. Verpfändung und Abtretung von Leistungen

Ohne Zustimmung von ÖKK können Leistungen rechtswirksam weder verpfändet noch an Dritte abgetreten werden.

34. Tarife der Leistungserbringer

34.1

ÖKK anerkennt die in den schweizerischen Sozialversicherungen gültigen Tarife. Vorbehalten bleiben abweichende Bestimmungen in einzelnen Versicherungsabteilungen und in speziellen Verträgen mit Leistungserbringern.

34.2

Besteht für eine versicherte Person Tarifschutz im Rahmen der schweizerischen Sozialversicherungen, ist der Leistungserbringer aufgrund einer bestehenden Zusatzversicherung nicht berechtigt, ein Zusatzhonorar in Rechnung zu stellen.

34.3

Kosten, die gemäss KVG Art. 41 Abs. 3 und Art. 49 Abs. 1 von den Kantonen zu tragen sind, werden nicht übernommen.

35. Überentschädigung

35.1

Den versicherten Personen darf aus den Leistungen nach diesen AVB kein Gewinn erwachsen.

35.2

Als Überentschädigung gelten

a die Pflegeleistungen, welche die versicherten Pflegekosten übersteigen;
b die Taggeldleistungen, welche die volle Deckung des Erwerbsausfalles übersteigen.

35.3

Die versicherte Person ist verpflichtet, ÖKK allfällige Ansprüche bei Dritten unaufgefordert schriftlich mitzuteilen.

35.4

Bei einer Überentschädigung werden die Leistungen entsprechend gekürzt.

36. Sistierung der Versicherungsdeckung

36.1

Gegen eine Prämienreduktion kann der Versicherungsnehmer bei einem Auslandaufenthalt den Leistungsanspruch aus den Versi-

cherungsabteilungen PROSANO-PLUS, PROSANO-Spitalzusatzversicherung, VIVA-PLUS, VIVA-Spitalzusatzversicherung, PLUS, KOMBI Spitalzusatzversicherung, MAXIMO und DENTA sistieren;

36.2

Die Sistierung ist mit einer Frist von 30 Tagen jeweils auf den nächsten Monatsersten möglich.

36.3

Die Aktivierung der Versicherung mit der ursprünglichen Versicherungsdeckung kann schriftlich unter Einhaltung einer Frist von 90 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats erfolgen.

37. Bemessungsgrundlage für die Einhaltung von Fristen

Wenn nichts anderes vereinbart ist, gilt das Datum des Poststempels als Bemessungsgrundlage für die Einhaltung von Fristen.

38. Dienstleistungen MEDGATE

Organisatorische Hilfeleistungen der MEDGATE sind in allen Versicherungsabteilungen mitversichert. Die Leistungen für die Ausführung der Hilfeleistungen richten sich nach der jeweils gültigen Versicherungsdeckung.

39. Gerichtsstand

Für Klagen gegen die ÖKK aus dem vorliegenden Versicherungsvertrag sind die Gerichte am Hauptsitz von ÖKK in Landquart zuständig.

ÖKK

Zusatzbedingungen (ZB) VIVA zu den AVB Zusatzversicherungen nach VVG

(Risikoträger ÖKK Versicherungen AG, Landquart)

Ausgabe 1.1.2013

Inhaltsverzeichnis

1. VIVA-PLUS Zusatzversicherung für Krankenpflege

1.1 Sterilisation
1.2 Zahnbehandlungen
1.3 Transporte
1.4 Ohrenkorrekturen
1.5 Diätberatung
1.6 Haushaltshilfe
1.7 Vorsorge
1.8 Komplementärmedizin
1.9 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel
1.10 Auslandbehandlung
1.11 Leistungseinschränkung

2. VIVA Spitalzusatzversicherung

2.1 Versicherungsdeckung
2.2 Akutspitäler
2.3 Kürzung
2.4 Kostenanteil
2.5 Ausland
2.6 Haushaltshilfe bei Mutterschaft
2.7 Second opinion
2.8 Besondere Heilanstalten
2.9 Kuren
2.10 Wirtschaftlichkeit der Behandlung
2.11 Versicherungsvarianten mit Spitalwahl und Arztwahl-einschränkung oder -ausdehnung
2.12 Leistungseinschränkung

3. DENTA Zahnpflege-Versicherung

3.1 Leistungsklassen
3.2 Versicherungsumfang
3.3 Beginn der Bezugsberechtigung
3.4 Ausschluss von Leistungen

4. MAXIMO Ergänzungsversicherung für Krankenpflege

4.1 Komplementärmedizin
4.2 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel
4.3 Ergänzungsleistungen Rehabilitation
4.4 Ergänzungsleistungen Nichtvertragspitäler
4.5 Brillen / Kontaktlinsen
4.6 Fitnesskosten
4.7 Schuheinlagen
4.8 Kostenbeteiligung
4.9 Karenzfrist

5. Liste der leistungsberechtigten Institutionen und Leistungserbringer in Ergänzung der Zusatzbedingungen (ZB) zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB

1. VIVA-PLUS Zusatzversicherung für Krankenpflege

1.1 Sterilisation

1.1.1 Nicht medizinisch indizierte Sterilisation (Tubenligatur) bei Frauen.

Leistung: Fr. 1000.– (einmalig).

1.1.2 Unterbindung (Vasektomie) bei Männern.

Leistung: Fr. 500.– (einmalig).

1.2 Zahnbehandlungen

Zahnärztliche Behandlungen (inkl. kieferorthopädische Behandlungen) von Personen bis zum zurückgelegten 20. Altersjahr.
Leistung: 75% der Kosten.

1.3 Transporte

1.3.1 Medizinisch bedingte Kranken-, Unfall-, Verlegungs- und Rücktransporte sowie Bergungs- und Rettungsaktionen (Mannschafts- und Materialeinsatz).

Leistung: 75% der Kosten.

1.3.2 Voraussetzung für die Ausrichtung der Leistungen ist, dass der Transport durch öffentliche Notfalldienste oder Transportunternehmen mit Bewilligung für gewerbsmässige Kranken- und Unfalltransporte ausgeführt wird (vorbehalten bleibt Art. 27.1 lit. o) der AVB).

1.4 Ohrenkorrekturen

Korrekturen abstehender Ohren.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'500.– (einmalig).

1.5 Diätberatung

Ärztlich verordnete und von einer diplomierten Ernährungsberaterin durchgeführte Diätberatung. Ausgenommen davon sind Beratungen bei Weight-Watchers und ähnlichen Organisationen.

Leistung: 75% der Kosten.

1.6 Haushaltshilfe

Ärztlich verordnete Haushaltshilfe durch familienfremdes ausgebildetes Haushaltshilfepersonal (Personal von Gemeinden, Hauskrankenpflegevereinen und ähnlichen Organisationen).

Leistung: 50% der Kosten, im Maximum Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr.

1.7 Vorsorge

Check-Up und Impfkosten durch einen eidg. diplomierten Arzt.

Leistung: 75% der Kosten im Maximum Fr. 300.– pro Kalenderjahr.

1.8 Komplementärmedizin

1.8.1 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durch einen eidgenössisch diplomierten und anerkannten Arzt.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr.

1.8.2 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden und verordnete Heilmittel, sofern sie nicht in der Negativen Liste aufgeführt sind, durch einen Naturheilarzt oder anerkannte komplementärmedizinische Medizinalperson. ÖKK führt eine Liste der anerkannten Therapeuten. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei ÖKK eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr.

1.9 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel

Ärztlich verordnete Arzneimittel, sofern sie bei der swissmedic für die in Frage stehende Indikation registriert sind und nicht in der Negativen Liste aufgeführt sind.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr.

1.10 Auslandbehandlung

Ambulante ärztliche Behandlung durch diplomierten Arzt.

Leistung: 90%.

1.11 Leistungseinschränkung

1.11.1 Krankheiten, bei denen das Rauchen von Tabakwaren nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Ursache oder Teilursache für deren Entstehung darstellt oder die durch das Rauchen wesentlich intensiviert werden, sind aus der VIVA nicht gedeckt.
Dies gilt insbesondere (keine abschliessende Aufzählung) für nachstehende Krankheiten: Thrombangiitis obliterans (Bürgerkrankheit), Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs, Speiseröhrenkrebs, Zungenkrebs, chronische Bronchitis, periphere arterielle Verschlusskrankheit.

1.11.2 Der Versicherte ist verpflichtet, auf Verlangen von ÖKK und auf deren Kosten diejenigen Abklärungen auf sich zu nehmen, welche es ermöglichen, einen allfälligen Zusammenhang einer Krankheit mit dem Rauchen von Tabakwaren zu klären. Verletzt ein Versicherter diese Mitwirkungspflichten, so kann ÖKK ihre Leistungen kürzen oder gänzlich verweigern.

2. VIVA Spitalzusatzversicherung

2.1 Versicherungsdeckung

2.1.1 Die VIVA-Spitalzusatzversicherung umfasst vier Deckungsvarianten:

1. Allgemeine Abteilung Akutspital: Mehrbett-Zimmer
2. Halbprivate Abteilung Akutspital: Zweibett-Zimmer
3. Private Abteilung Akutspital: Einbett-Zimmer
4. VARIO: frei wählbare Zimmerklasse bei Eintritt ins Akutspital.

2.1.2 Aus der VIVA-Spitalzusatzversicherung werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in denjenigen Spitälern übernommen, die in den kantonalen Planungs- und Spitallisten gemäss KVG Art. 39 aufgeführt sind.

2.1.3 Aus der VIVA-Spitalzusatzversicherung werden nur Arzthonorare (inkl. Narkose- und Assistenzarzt) von Ärzten übernommen, welche gemäss KVG Art. 44 nicht in den Ausstand getreten sind.

2.2 Akutspitäler

2.2.1 Bei medizinisch notwendiger, stationärer Behandlung in Akutspitälern werden die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Rahmen der versicherten Deckungsstufe zeitlich und betragsmässig unbeschränkt übernommen.

2.2.2 ÖKK bezahlt die Behandlungs- und Pensionskosten bei Akutspitalaufenthalten im Rahmen der gewählten Deckungsstufe. Als Behandlungskosten gelten die Aufwendungen der Behandlung einschliesslich Operation, Untersuchungen, Narkose, Assistent, Operationssaalbenützung, Medikamente, Verbandsmaterial, Wache und Desinfektion. Liegt keine vertragliche Regelung mit dem Akutspital vor, bemessen sich die Rückerstattungen von ÖKK nach den Tarifen und Vereinbarungen des am Wohnort oder in der Umgebung innerhalb des Wohnkantons des Versicherten nächstgelegenen Akutspitals.

2.2.3 Kennt ein Akutspital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Zusatzbedingungen genannten (Art. 2.1.1), so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt.

2.2.4 Die Spitaldeckung gilt weltweit.

2.3 Kürzung

Begibt sich der Versicherte in die nächsthöhere Spitalklasse der versicherten Deckungsvariante 1 oder 2, so hat er 30%, bei Behandlung in der übernächsthöheren 60% der Kosten selber zu tragen. Für Akutspitalaufenthalte in der Schweiz hat der Versicherte die Möglichkeit, den Nachweis zu erbringen, dass die Kosten der versicherten Abteilung höher gewesen wären als die nach der Reduktion ausgerichteten Leistungen. In diesem Fall erbringt ÖKK die Leistungen im Rahmen der nachgewiesenen Höhe.

2.4 Kostenanteil

2.4.1 Bei Aufenthalten in einem Akutspital wird allen Versicherten mit Deckungsvariante 1, 2 oder 3 pro Spitaltag ein Beitrag von Fr. 10.– an die Verpflegung in Abzug gebracht.

2.4.2 Der Versicherte mit Deckungsvariante 4 hat folgenden Kostenanteil pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr und gewähltem Zimmer zu übernehmen:

Mehrbett-Zimmer	Fr. 10.–
Zweibett-Zimmer	Fr. 75.–
Einbett-Zimmer	Fr. 200.–

2.4.3 Bei Akutspitalaufenthalten von Personen bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr in einem Mehrbett-Zimmer wird kein Kostenanteil in Abzug gebracht.

2.5 Ausland

Für einen notfallmässigen Aufenthalt im Ausland werden die Leistungen im Rahmen der gewählten Deckungsvariante übernommen. Bestehen keine analogen Einteilungskriterien, erfolgt die Rückerstattung nach den Ansätzen der Versicherung entsprechenden oder am nächsten kommenden Spitalabteilung.

2.6 Haushaltshilfe bei Mutterschaft

Bei Hausgeburten oder bei einem Spitalaustritt von Mutter und Kind innerhalb von vier Tagen, gestützt auf die verrechneten Spitaltage, richtet ÖKK die folgende Haushaltshilfe-Entschädigung aus:

Deckungsvariante 1	Fr. 450.–
Deckungsvariante 2	Fr. 600.–
Deckungsvariante 3	Fr. 800.–
Deckungsvariante 4	Fr. 600.–

2.7 Second opinion

Die Versicherten können auf Kosten von ÖKK vor einer Operation die Zweitmeinung (Second opinion) eines weiteren Arztes oder Spezialisten einholen.

2.8 Besondere Heilanstalten

Akutaufenthalt in einer besonderen Heilanstalt (psychiatrische Kliniken, psychiatrische Abteilungen von Heilanstalten, Mehrzwecksanatorien und medizinische Rehabilitationsstationen).

Leistung: Fr. 100.– pro Tag während maximal 90 Tagen pro Kalenderjahr.

2.9 Kuren

2.9.1 Ärztlich verordnete Bade- und Erholungskuren in einer Kuranstalt gemäss Liste von santésuisse.

Leistung im Rahmen der versicherten Deckungsvariante während längstens 21 Tagen pro Kalenderjahr:

Deckungsvariante 1	Fr. 20.– pro Tag
Deckungsvariante 2	Fr. 40.– pro Tag
Deckungsvariante 3	Fr. 60.– pro Tag
Deckungsvariante 4	Fr. 20.– pro Tag

2.9.2 Voraussetzung für die Ausrichtung der Badekurleistung ist, dass sich die versicherte Person einer ärztlichen Ein- und Austrittsvisite und bei Badekuren intensiven balneologischen und physiotherapeutischen Massnahmen unterzieht.

2.9.3 Die ärztliche Kurverordnung ist ÖKK 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

2.10 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

2.10.1 ÖKK übernimmt die Kosten für stationäre Behandlungen und Operationen nach stationären Ansätzen nur aufgrund medizinischer Notwendigkeit und nur für jenes Spital oder Spitalabteilung, in welche(s) die versicherte Person aus medizinischen Gründen gehört.

2.10.2 Ausnahmen müssen mit medizinischen oder sozialen Risikofaktoren begründet sein und an ÖKK vorgängig zur Bewilligung eingereicht werden.

2.10.3 Für Operationen und Aufenthalte, welche aus medizinischer und sozialer Indikation keine stationäre Infrastruktur erfordern, werden keine Leistungen für stationäre Behandlungen aus dieser Spitalzusatzversicherung ausgerichtet.

2.11 Versicherungsvarianten mit Spitalwahl und Arztwahleinschränkung oder -ausdehnung

ÖKK kann Versicherungsvarianten anbieten, welche gegen abweichende Prämien, auf Antrag des Versicherten die Spital- und die Arztwahl einschränken oder ausdehnen. ÖKK führt eine Liste, aus welcher ersichtlich ist, welche Spitäler und Ärzte ausgewählt werden können. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei ÖKK eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

2.12 Leistungseinschränkung

2.12.1 Krankheiten, bei denen das Rauchen von Tabakwaren nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit

eine wesentliche Ursache oder Teilursache für deren Entstehung darstellt oder die durch das Rauchen wesentlich intensiviert werden, sind aus der VIVA nicht gedeckt.
Dies gilt insbesondere (keine abschliessende Aufzählung) für nachstehende Krankheiten: Thrombangiitis obliterans (Buergerkrankheit), Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs, Speiseröhrenkrebs, Zungenkrebs, chronische Bronchitis, periphere arterielle Verschlusskrankheit u. a.

2.12.2 Der Versicherte ist verpflichtet, auf Verlangen von ÖKK und auf deren Kosten diejenigen Abklärungen auf sich zu nehmen, welche es ermöglichen, einen allfälligen Zusammenhang einer Krankheit mit dem Rauchen von Tabakwaren zu klären. Verletzt ein Versicherter diese Mitwirkungspflichten, so kann ÖKK ihre Leistungen kürzen oder gänzlich verweigern.

3. DENTA Zahnpflege-Versicherung

3.1 Leistungsklassen

Versicherte können folgende Leistungsklassen abschliessen:

Klasse 1: 50% der Kosten der Zahnbehandlung im Maximum Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr

Klasse 2: 75% der Kosten der Zahnbehandlung im Maximum Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr

Klasse 3: 75% der Kosten der Zahnbehandlung im Maximum Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr.

3.2 Versicherungsumfang

3.2.1 Die DENTA umfasst grundsätzlich alle Kosten für zahnärztliche Behandlungen und Verrichtungen, die durch einen diplomierten Zahnarzt oder durch Personen durchgeführt werden, die von den zuständigen Gesundheitsbehörden für Zahnbehandlungen oder Prothetik zugelassen sind.

3.2.2 Die versicherten Beträge werden pro Kalenderjahr ausgerichtet. Massgebend für die Berechnung sind Behandlungsbeginn und -ende. Für Behandlungsrechnungen, welche zwei oder mehr Kalenderjahre tangieren, wird der Rechnungsbetrag durch die Anzahl der Behandlungsmonate geteilt. Entsprechend der jeweiligen Behandlungsdauer werden Rechnungsbetrag und Leistungen den einzelnen Kalenderjahren zugewiesen.

3.3 Beginn der Bezugsberechtigung

3.3.1 Der Versicherte ist in der DENTA vom siebten Monat seit dem Beginn dieser Zusatzversicherung an bezugsberechtigt. Für Zahnbehandlungen, welche in den ersten sechs Monaten durchgeführt werden, besteht kein Leistungsanspruch.

3.3.2 Beim Übertritt von einer niedrigen in eine höhere Versicherungsklasse treten die erhöhten Leistungen nach einer Karenzzeit von sechs Monaten seit dem Beginn dieser Zusatzversicherung in Kraft.

3.4 Ausschluss von Leistungen

3.4.1 Unfallbedingte zahnärztliche Behandlungen sind nicht versichert.

3.4.2 Die Leistungen der DENTA werden nur gewährt für krankheitsbedingte Behandlungen in der Schweiz und in der Schweiz angrenzenden Ländern.

4. MAXIMO Ergänzungs-versicherung für Krankenpflege

Die Ergänzungsversicherung MAXIMO kann nur in Ergänzung zu einer Krankenpflege-Zusatzversicherung PLUS, PROSANO PLUS oder VIVA PLUS abgeschlossen werden (Primärdeckung). Sie wird bei einer Auflösung der Primärdeckung ebenfalls aufgehoben. Ein Anspruch auf ergänzende Versicherungsleistungen aus MAXIMO für Leistungen gemäss Art. 4.1, 4.2 und 4.5 entsteht erst, wenn die entsprechenden Leistungsansprüche aus der Primärdeckung vollumfänglich bezogen wurde (Prozentualer Rückerstattungsanteil wird nicht erhöht).

4.1 Komplementärmedizin

4.1.1 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durch einen eidgenössisch diplomierten und anerkannten Arzt.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr.

4.1.2 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden und verordnete Heilmittel, sofern sie nicht in der Negativliste aufgeführt sind, durch einen Naturheilarzt oder anerkannte komplementär-medizinische Medizinalperson verordnet wurden. ÖKK führt eine Liste der anerkannten Therapeuten. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei ÖKK eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr.

4.2 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel

Ärztlich verordnete Arzneimittel, sofern sie swissmedic für die in Frage stehende Indikation registriert sind und nicht in der Negativenliste aufgeführt sind.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr.

4.3 Ergänzungsleistungen Rehabilitation

Akutaufenthalt in einer besonderen Heilanstalt (psychiatrische Kliniken, psychiatrische Abteilungen von Heilanstalten, Mehrzwecksanatorien und medizinische Rehabilitationsstationen) Voraussetzung ist das Bestehen einer Spital-Zusatzversicherung bei ÖKK (Stufe Allgemein, Halbprivat, Privat oder Vario).

Leistung: Gemäss bestehender Spitalversicherung bei ÖKK, Ergänzungsleistungen während maximal 30 Tagen innert 5 Kalenderjahren.

4.4 Ergänzungsleistungen Nichtvertragspitäler

Ergänzung für Nichtvertragspitäler, welche auf der Spitalliste eines Kantones aufgeführt sind. Voraussetzung ist das Bestehen einer Spital-Zusatzversicherung bei ÖKK (Stufe Allgemein, Halbprivat, Privat oder Vario).

Leistung: Bei medizinisch notwendiger, stationärer Behandlung in Akutspitälern wird die Kostendifferenz (Unterkunft, Verpflegung und Behandlung) gegenüber dem nächstgelegenen Vertragsspital im Rahmen der anerkannten Tarife übernommen.

4.5 Brillen / Kontaktlinsen

An die Kosten von Brillen und Kontaktlinsen wird in Ergänzung der ungedeckten, gesetzlichen Leistungen ein Kostenbeitrag von 75%, max. Fr. 300.– innert 5 Kalenderjahren ausgerichtet.

4.6 Fitnesskosten

Beitrag an die ausgewiesenen Fitnesskosten (gemäss Liste von ÖKK).

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 250.– pro Kalenderjahr.

4.7 Schuheinlagen

An die Kosten von Schuheinlagen und anderer, verordneter Hilfsmittel wird in Ergänzung der ungedeckten, gesetzlichen Leistungen ein Kostenbeitrag von 75%, max. Fr. 200.– innert 5 Kalenderjahren ausgerichtet.

4.8 Kostenbeteiligung

Auf den ausgerichteten Leistungen wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

4.9 Karenzfrist

Für den erstmaligen Leistungsbezug gilt nach Abschluss der Versicherung eine Karenzfrist von 6 Monaten.

5. Liste der leistungsberechtigten Institutionen und Leistungserbringer in Ergänzung der Zusatzbedingungen (ZB) zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB

Diese Liste kann jährlich angepasst werden und ist ein integrierter Bestandteil von AVB und ZB der betroffenen Versicherungsprodukte.

Komplementärmedizin:

Zugelassene Leistungserbringer

- Diplomierte Ärzte
- Naturheilärzte und komplementärmedizinische Hilfspersonen mit kantonaler Berufsbewilligung und Nachweis der notwendigen Berufskenntnisse im Rahmen einer EMR-Zulassung* (Erfahrungsmedizinisches Register der Firma ESKAMED, Basel).
- Hersteller von Naturheilmitteln, sofern eine kantonale Verkaufsbewilligung besteht

* Auskunft oder Einblick in EMR-Liste bei ÖKK auf Anfrage

Fitness-Leistungen:

Zugelassene Leistungserbringer

- Anerkannte Fitness-Zentren mit qualifiziertem Personal
- Joga-Kurse mit qualifiziertem Personal
- Kneipp-Kuren in anerkannten Zentren (z. B. Kurhaus Kneipphof)
- Rheumaschwimmen mit qualifiziertem Personal (Rheuma-Liga) und Wassergymnastik (z. B. Aqua-Fit, usw.) oder ärztlich verordnetes Schwimmen
- Gesundheitsfördernde Gymnastikkurse mit qualifiziertem Personal
- Allgemeine Kurse mit körperlicher Betätigung welche geeignet ist, den Gesundheitszustand zu verbessern oder zu erhalten (bei Bedarf mit ärztlicher Verordnung)

Ausgeschlossen sind

Kostenübernahme für die Ausübung von regelmässigen Trainingseinheiten wie

- Sämtliche Ballsportarten (z. B. Handball, Volleyball, Tennis, Unihockey usw.)
- Allgemeine Kampfsportarten (z. B. Judo, Karate usw.)
- Trendsportarten (Klettern, Inline-Skating usw.), Turn- und Tanzkurse
- Weiterbildungskurse usw.
- Mitgliedschaftsbeiträge für Vereine, Klubs usw.

Rückerstattung erfolgt nach

- Einreichung der Rechnungsquittung resp. Vorweisung eines Abonnements nach Abschluss der Abo-Periode mit schriftlicher Bestätigung* über die regelmässige Ausübung der fitnessfördernden Tätigkeit

* das entsprechende Formular kann bei uns angefordert werden

Nichtkassenpflichtige Medikamente:

Zugelassene Medikamente

- Bei swissmedic registrierte Medikamente, welche nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenversicherer nach KVG gehören
- In Ausnahmefällen Medikamente, welche nicht, noch nicht oder nicht für die vorgesehene Behandlungsart, bei swissmedic registriert sind. Hier ist ein schriftliches Gesuch an den Vertrauensärztlichen Dienst notwendig.

Nicht zugelassene Medikamente

- Produkte, die auf der Negativ-Liste aufgeführt sind.
- Produkte im Erprobungs- und Teststadium.
- Lifestyle-Präparate und kosmetische Produkte.

ÖKK

Zusatzbedingungen (ZB) PROSANO zu den AVB Zusatzversicherungen nach VVG

(Risikoträger ÖKK Versicherungen AG, Landquart)

Ausgabe 1.1.2013

Inhaltsverzeichnis

1. PROSANO-PLUS Zusatzversicherung Krankenpflege für Nichtraucher

1.1 Sterilisation
1.2 Zahnbehandlungen
1.3 Transporte
1.4 Ohrenkorrekturen
1.5 Diätberatung
1.6 Haushaltshilfe
1.7 Vorsorge
1.8 Komplementärmedizin
1.9 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel
1.10 Auslandbehandlung
1.11 Leistungseinschränkung

2. PROSANO Spitalzusatzversicherung für Nichtraucher

2.1 Versicherungsdeckung
2.2 Akutspitäler
2.3 Kürzung
2.4 Kostenanteil
2.5 Ausland
2.6 Haushaltshilfe bei Mutterschaft
2.7 Besondere Heilanstalten
2.8 Kuren
2.9 Wirtschaftlichkeit der Behandlung
2.10 Versicherungsvarianten mit Spitalwahl und Arztwahleinschränkung oder -ausdehnung
2.11 Leistungseinschränkung

3. DENTA Zahnpflege-Versicherung

3.1 Leistungsklassen
3.2 Versicherungsumfang
3.3 Beginn der Bezugsberechtigung
3.4 Ausschluss von Leistungen

4. MAXIMO Ergänzungsversicherung für Krankenpflege

4.1 Komplementärmedizin
4.2 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel
4.3 Ergänzungsleistungen Rehabilitation
4.4 Ergänzungsleistungen Nichtvertragspitäler
4.5 Brillen / Kontaktlinsen
4.6 Fitnesskosten
4.7 Schuheinlagen
4.8 Kostenbeteiligung
4.9 Karenzfrist

5. Liste der leistungsberechtigten Institutionen und Leistungserbringer in Ergänzung der Zusatzbedingungen (ZB) zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB

1. PROSANO-PLUS Zusatzversicherung Krankenpflege für Nichtraucher

1.1 Sterilisation

1.1.1 Nicht medizinisch indizierte Sterilisation (Tubenligatur) bei Frauen.

Leistung: Fr. 1'000.– (einmalig).

1.1.2 Unterbindung (Vasektomie) bei Männern.

Leistung: Fr. 500.– (einmalig).

1.2 Zahnbehandlungen

Zahnärztliche Behandlungen (inkl. kieferorthopädische Behandlungen) von Personen bis zum zurückgelegten 20. Altersjahr.

Leistung: 75% der Kosten.

1.3 Transporte

1.3.1 Medizinisch bedingte Kranken-, Unfall-, Verlegungs- und Rücktransporte sowie Bergungs- und Rettungsaktionen (Mannschafts- und Materialeinsatz).

Leistung: 75% der Kosten.

1.3.2 Voraussetzung für die Ausrichtung der Leistungen ist, dass der Transport durch öffentliche Notfalldienste oder Transportunternehmen mit Bewilligung für gewerbsmässige Kranken- und Unfalltransporte ausgeführt wird (vorbehalten bleibt Artikel 27.1 lit. o) der AVB).

1.4 Ohrenkorrekturen

Korrekturen abstehender Ohren.
Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'500.– (einmalig).

1.5 Diätberatung

Ärztlich verordnete und von einer diplomierten Ernährungsberaterin durchgeführte Diätberatung. Ausgenommen davon sind Beratungen bei Weight-Watchers und ähnlichen Organisationen.

Leistung: 75% der Kosten.

1.6 Haushaltshilfe

Ärztlich verordnete Haushaltshilfe durch familienfremdes ausgebildetes Haushaltshilfepersonal (Personal von Gemeinden, Hauskrankenpflegevereinen und ähnlichen Organisationen).

Leistung: 50% der Kosten, im Maximum Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr.

1.7 Vorsorge

Check-Up und Impfkosten durch einen eidg. diplomierten Arzt.

Leistung: 75% der Kosten im Maximum Fr. 300.– pro Kalenderjahr.

1.8 Komplementärmedizin

1.8.1 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durch einen eidgenössisch diplomierten und anerkannten Arzt.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr.

1.8.2 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden und verordnete Heilmittel, sofern sie nicht in der Negativen Liste aufgeführt sind, durch einen Naturheilarzt oder anerkannte komplementärmedizinische Medizinalperson. ÖKK führt eine Liste der anerkannten Therapeuten. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei ÖKK eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr.

1.9 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel

Ärztlich verordnete Arzneimittel, sofern sie bei swissmedic für die in Frage stehende Indikation registriert sind und nicht in der Negativen Liste aufgeführt sind.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr.

1.10 Auslandbehandlung

Ambulante ärztliche Behandlung durch diplomierten Arzt.

Leistung: 90%.

1.11 Leistungseinschränkung

1.11.1 Krankheiten, bei denen das Rauchen von Tabakwaren nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Ursache oder Teilursache für deren Entstehung darstellt oder die durch das Rauchen wesentlich intensiviert werden, sind aus der PROSANO nicht gedeckt. Dies gilt insbesondere (keine abschliessende Aufzählung) für nachstehende Krankheiten: Thrombangiitis obliterans (Bürgerkrankheit), Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs, Speiseröhrenkrebs, Zungenkrebs, chronische Bronchitis, periphere arterielle Verschlusskrankheit.

1.11.2 Der Versicherte ist verpflichtet, auf Verlangen von ÖKK und auf deren Kosten diejenigen Abklärungen auf sich zu nehmen, welche es ermöglichen, einen allfälligen Zusammenhang einer Krankheit mit dem Rauchen von Tabakwaren zu klären. Verletzt ein Versicherter diese Mitwirkungspflichten, so kann ÖKK ihre Leistungen kürzen oder gänzlich verweigern.

2. PROSANO Spitalzusatzversicherung für Nichtraucher

2.1 Versicherungsdeckung

2.1.1 Die PROSANO-Spitalzusatzversicherung umfasst vier Deckungsvarianten:

1. Allgemeine Abteilung Akutspital: Mehrbett-Zimmer
2. Halbprivate Abteilung Akutspital: Zweibett-Zimmer
3. Private Abteilung Akutspital: Einbett-Zimmer
4. VARIO: frei wählbare Zimmerklasse bei Eintritt ins Akutspital.

2.1.2 Aus der PROSANO-Spitalzusatzversicherung werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in denjenigen Spitälern übernommen, die in den kantonalen Planungs- und Spitallisten gemäss KVG Art. 39 aufgeführt sind.

2.1.3 Aus der PROSANO-Spitalzusatzversicherung werden nur Arzthonorare (inkl. Narkose- und Assistenzarzt) von Ärzten übernommen, welche gemäss KVG Art. 44 nicht in den Ausstand getreten sind.

2.2 Akutspitäler

2.2.1 Bei medizinisch notwendiger, stationärer Behandlung in Akutspitälern werden die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Rahmen der versicherten Deckungsstufe zeitlich und betragsmässig unbeschränkt übernommen.

2.2.2 ÖKK bezahlt die Behandlungs- und Pensionskosten bei Akutspitalaufenthalten im Rahmen der gewählten Deckungsstufe. Als Behandlungskosten gelten die Aufwendungen der Behandlung einschliesslich Operation, Untersuchungen, Narkose, Assistent, Operationssaalbenützung, Medikamente, Verbandsmaterial, Wache und Desinfektion. Liegt keine vertragliche Regelung mit dem Akutspital vor, bemessen sich die Rückerstattungen von ÖKK nach den Tarifen und Vereinbarungen des am Wohnort oder in der Umgebung innerhalb des Wohnkantons des Versicherten nächstgelegenen Akutspitals.

2.2.3 Kennt ein Akutspital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Zusatzbedingungen genannten (Art. 2.1.1), so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt.

2.2.4 Die Spitaldeckung gilt weltweit.

2.3 Kürzung

Begibt sich der Versicherte in die nächsthöhere Spitalklasse der versicherten Deckungsvariante 1 oder 2, so hat er 30%, bei Behandlung in der übernächsthöheren 60% der Kosten selber zu tragen. Für Akutspitalaufenthalte in der Schweiz hat der Versicherte die Möglichkeit, den Nachweis zu erbringen, dass die Kosten der versicherten Abteilung höher gewesen wären als die nach der Reduktion ausgerichteten Leistungen. In diesem Fall erbringt ÖKK die Leistungen im Rahmen der nachgewiesenen Höhe.

2.4 Kostenanteil

2.4.1 Bei Aufenthalten in einem Akutspital wird allen Versicherten mit Deckungsvariante 1, 2 oder 3 pro Spitaltag ein Beitrag von Fr. 10.- an die Verpflegung in Abzug gebracht.

2.4.2 Der Versicherte mit Deckungsvariante 4 hat folgenden Kostenanteil pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr und gewähltem Zimmer zu übernehmen:

Mehrbett-Zimmer	Fr. 10.–
Zweibett-Zimmer	Fr. 75.–
Einbett-Zimmer	Fr. 200.–

2.4.3 Bei Akutspitalaufenthalten von Personen bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr in einem Mehrbett-Zimmer wird kein Kostenanteil in Abzug gebracht.

2.5 Ausland

Für einen notfallmässigen Aufenthalt im Ausland werden die Leistungen im Rahmen der gewählten Deckungsvariante übernommen. Bestehen keine analogen Einteilungskriterien, erfolgt die Rückerstattung nach den Ansätzen der Versicherung entsprechenden oder am nächsten kommenden Spitalabteilung.

2.6 Haushaltshilfe bei Mutterschaft

Bei Hausgeburten oder bei einem Spitalaustritt von Mutter und Kind innerhalb von vier Tagen, gestützt auf die verrechneten Spitaltage, richtet ÖKK die folgende Haushaltshilfe-Entschädigung aus:

Deckungsvariante 1	Fr. 450.–
Deckungsvariante 2	Fr. 600.–
Deckungsvariante 3	Fr. 800.–
Deckungsvariante 4	Fr. 600.–

2.7 Besondere Heilanstalten

Akutaufenthalt in einer besonderen Heilanstalt (psychiatrische Kliniken, psychiatrische Abteilungen von Heilanstalten, Mehrzwecksanatorien und medizinische Rehabilitationsstationen).

Leistung: Fr. 100.– pro Tag während maximal 90 Tagen pro Kalenderjahr.

2.8 Kuren

2.8.1 Ärztlich verordnete Bade- und Erholungskuren in einer Kuranstalt gemäss Liste von santésuisse.

Leistung im Rahmen der versicherten Deckungsvariante während längstens 21 Tagen pro Kalenderjahr:

Deckungsvariante 1	Fr. 20.– pro Tag
Deckungsvariante 2	Fr. 40.– pro Tag
Deckungsvariante 3	Fr. 60.– pro Tag
Deckungsvariante 4	Fr. 20.– pro Tag

2.8.2 Voraussetzung für die Ausrichtung der Badekurleistung ist, dass sich die versicherte Person einer ärztlichen Ein- und Austrittsvisite und bei Badekuren intensiven balneologischen und physiotherapeutischen Massnahmen unterzieht.

2.8.3 Die ärztliche Kurverordnung ist ÖKK 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

2.9 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

2.9.1 ÖKK übernimmt die Kosten für stationäre Behandlungen und Operationen nach stationären Ansätzen nur aufgrund medizinischer Notwendigkeit und nur für jenes Spital oder Spitalabteilung, in welche(s) die versicherte Person aus medizinischen Gründen gehört.

2.9.2 Ausnahmen müssen mit medizinischen oder sozialen Risikofaktoren begründet sein und an ÖKK vorgängig zur Bewilligung eingereicht werden.

2.9.3 Für Operationen und Aufenthalte, welche aus medizinischer und sozialer Indikation keine stationäre Infrastruktur erfordern, werden keine Leistungen für stationäre Behandlungen aus dieser Spitalzusatzversicherung ausgerichtet.

2.10 Versicherungsvarianten mit Spitalwahl und Arztwahleinschränkung oder -ausdehnung

ÖKK kann Versicherungsvarianten anbieten, welche gegen abweichende Prämien, auf Antrag des Versicherten die Spital- und die Arztwahl einschränken oder ausdehnen. ÖKK führt eine Liste, aus welcher ersichtlich ist, welche Spitäler und Ärzte ausgewählt werden können. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei ÖKK eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

2.11 Leistungseinschränkung

2.11.1 Krankheiten, bei denen das Rauchen von Tabakwaren nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Ursache oder Teilursache für deren Entstehung darstellt oder die durch das Rauchen wesentlich intensiviert werden, sind aus der PROSANO nicht gedeckt.

Dies gilt insbesondere (keine abschliessende Aufzählung) für nachstehende Krankheiten: Thrombangiitis obliterans (Buergerkrankheit), Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs, Speiseröhrenkrebs, Zungenkrebs, chronische Bronchitis, periphere arterielle Verschlusskrankheit u.a.

2.11.2 Der Versicherte ist verpflichtet, auf Verlangen von ÖKK und auf deren Kosten diejenigen Abklärungen auf sich zu nehmen, welche es ermöglichen, einen allfälligen Zusammenhang einer Krankheit mit dem Rauchen von Tabakwaren zu klären. Verletzt ein Versicherter diese Mitwirkungspflichten, so kann ÖKK ihre Leistungen kürzen oder gänzlich verweigern.

3. DENTA Zahnpflege-Versicherung

3.1 Leistungsklassen

Versicherte können folgende Leistungsklassen abschliessen:

Klasse 1: 50% der Kosten der Zahnbehandlung im Maximum Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr

Klasse 2: 75% der Kosten der Zahnbehandlung im Maximum Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr

Klasse 3: 75% der Kosten der Zahnbehandlung im Maximum Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr.

3.2 Versicherungsumfang

3.2.1 Die DENTA umfasst grundsätzlich alle Kosten für zahnärztliche Behandlungen und Verrichtungen, die durch einen diplomierten Zahnarzt oder durch Personen durchgeführt werden, die von den zuständigen Gesundheitsbehörden für Zahnbehandlungen oder Prothetik zugelassen sind.

3.2.2 Die versicherten Beträge werden pro Kalenderjahr ausgerichtet. Massgebend für die Berechnung sind Behandlungsbeginn und -ende. Für Behandlungsrechnungen, welche zwei oder mehr Kalenderjahre tangieren, wird der Rechnungsbetrag durch die Anzahl der Behandlungsmonate geteilt. Entsprechend der jeweiligen Behandlungsdauer werden Rechnungsbetrag und Leistungen den einzelnen Kalenderjahren zugewiesen.

3.3 Beginn der Bezugsberechtigung

3.3.1 Der Versicherte ist in der DENTA vom siebten Monat seit dem Beginn dieser Zusatzversicherung an bezugsberechtigt. Für Zahnbehandlungen, welche in den ersten sechs Monaten durchgeführt werden, besteht kein Leistungsanspruch.

3.3.2 Beim Übertritt von einer niedrigen in eine höhere Versicherungsklasse treten die erhöhten Leistungen nach einer Karenzzeit von sechs Monaten seit dem Beginn dieser Zusatzversicherung in Kraft.

3.4 Ausschluss von Leistungen

3.4.1 Unfallbedingte zahnärztliche Behandlungen sind nicht versichert.

3.4.2 Die Leistungen der DENTA werden nur gewährt für krankheitsbedingte Behandlungen in der Schweiz und in der Schweiz angrenzenden Ländern.

4. MAXIMO Ergänzungsversicherung für Krankenpflege

Die Ergänzungsversicherung MAXIMO kann nur in Ergänzung zu einer Krankenpflege-Zusatzversicherung PLUS, PROSANO PLUS oder VIVA PLUS abgeschlossen werden (Primärdeckung). Sie wird bei einer Auflösung der Primärdeckung ebenfalls aufgehoben. Ein Anspruch auf ergänzende Versicherungsleistungen aus MAXIMO für Leistungen gemäss Art. 4.1, 4.2 und 4.5 entsteht erst, wenn die entsprechenden Leistungsansprüche aus der Primärdeckung vollumfänglich bezogen wurde (Prozentualer Rückerstattungsanteil wird nicht erhöht).

4.1 Komplementärmedizin

4.1.1 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durch einen eidgenössisch diplomierten und anerkannten Arzt.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr.

4.1.2 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden und verordnete Heilmittel, sofern sie nicht in der Negativliste aufgeführt sind, durch einen Naturheilarzt oder anerkannte komplementär-medizinische Medizinalperson verordnet wurden. ÖKK führt eine Liste der anerkannten Therapeuten. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei ÖKK eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr.

4.2 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel

Ärztlich verordnete Arzneimittel, sofern sie bei swissmedic für die in Frage stehende Indikation registriert sind und nicht in der Negativenliste aufgeführt sind.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr.

4.3 Ergänzungsleistungen Rehabilitation

Akutaufenthalt in einer besonderen Heilanstalt (psychiatrische Kliniken, psychiatrische Abteilungen von Heilanstalten, Mehrzwecksanatorien und medizinische Rehabilitationsstationen).

Voraussetzung ist das Bestehen einer Spital-Zusatzversicherung bei ÖKK (Stufe Allgemein, Halbprivat, Privat oder Vario).

Leistung: Gemäss bestehender Spitalversicherung bei ÖKK, Ergänzungsleistungen während maximal 30 Tagen innert 5 Kalenderjahren.

4.4 Ergänzungsleistungen Nichtvertragspitäler

Ergänzung für Nichtvertragspitäler, welche auf der Spitalliste eines Kantones aufgeführt sind. Voraussetzung ist das Bestehen einer Spital-Zusatzversicherung bei ÖKK (Stufe Allgemein, Halbprivat, Privat oder Vario).

Leistung: Bei medizinisch notwendiger, stationärer Behandlung in Akutspitälern wird die Kostendifferenz (Unterkunft, Verpflegung und Behandlung) gegenüber dem nächstgelegenen Vertragsspital im Rahmen der anerkannten Tarife übernommen.

4.5 Brillen / Kontaktlinsen

An die Kosten von Brillen und Kontaktlinsen wird in Ergänzung der ungedeckten, gesetzlichen Leistungen ein Kostenbeitrag von 75%, max. Fr. 300.– innert 5 Kalenderjahren ausgerichtet.

4.6 Fitnesskosten

Beitrag an die ausgewiesenen Fitnesskosten (gemäss Liste von ÖKK).
Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 250.– pro Kalenderjahr.

4.7 Schuheinlagen

An die Kosten von Schuheinlagen und anderer, verordneter Hilfsmittel wird in Ergänzung der ungedeckten, gesetzlichen Leistungen ein Kostenbeitrag von 75%, max. Fr. 200.– innert 5 Kalenderjahren ausgerichtet.

4.8 Kostenbeteiligung

Auf den ausgerichteten Leistungen wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

4.9 Karenzfrist

Für den erstmaligen Leistungsbezug gilt nach Abschluss der Versicherung eine Karenzfrist von 6 Monaten.

5. Liste der leistungsberechtigten Institutionen und Leistungserbringer in Ergänzung der Zusatzbedingungen (ZB) zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB

Diese Liste kann jährlich angepasst werden und ist ein integrierter Bestandteil von AVB und ZB der betroffenen Versicherungsprodukte.

Komplementärmedizin:

Zugelassene Leistungserbringer

- Diplomierte Ärzte
- Naturheilärzte und komplementärmedizinische Hilfspersonen mit kantonaler Berufsbewilligung und Nachweis der notwendigen Berufskenntnisse im Rahmen einer EMR-Zulassung* (Erfahrungsmedizinisches Register der Firma ESKAMED, Basel).
- Hersteller von Naturheilmitteln, sofern eine kantonale Verkaufsbewilligung besteht

* Auskunft oder Einblick in EMR-Liste bei ÖKK auf Anfrage

Fitness-Leistungen:

Zugelassene Leistungserbringer

- Anerkannte Fitness-Zentren mit qualifiziertem Personal
- Joga-Kurse mit qualifiziertem Personal
- Kneipp-Kuren in anerkannten Zentren (z. B. Kurhaus Kneipphof)
- Rheumaschwimmen mit qualifiziertem Personal (Rheuma-Liga) und Wassergymnastik (z. B. Aqua-Fit, usw.) oder ärztlich verordnetes Schwimmen
- Gesundheitsfördernde Gymnastikkurse mit qualifiziertem Personal
- Allgemeine Kurse mit körperlicher Betätigung welche geeignet ist, den Gesundheitszustand zu verbessern oder zu erhalten (bei Bedarf mit ärztlicher Verordnung)

Ausgeschlossen sind

Kostenübernahme für die Ausübung von regelmässigen Trainingseinheiten wie

- Sämtliche Ballsportarten (z. B. Handball, Volleyball, Tennis, Unihockey usw.)
- Allgemeine Kampfsportarten (z. B. Judo, Karate usw.)
- Trendsportarten (Klettern, Inline-Skating usw.), Turn- und Tanzkurse
- Weiterbildungskurse usw.
- Mitgliedschaftsbeiträge für Vereine, Klubs usw.

Rückerstattung erfolgt nach

- Einreichung der Rechnungsquittung resp. Vorweisung eines Abonnements nach Abschluss der Abo-Periode mit schriftlicher Bestätigung* über die regelmässige Ausübung der fitness-fördernden Tätigkeit

* das entsprechende Formular kann bei uns angefordert werden

Nichtkassenpflichtige Medikamente:

Zugelassene Medikamente

- Bei swissmedic registrierte Medikamente, welche nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenversicherer nach KVG gehören
- In Ausnahmefällen Medikamente, welche nicht, noch nicht oder nicht für die vorgesehene Behandlungsart, bei der swissmedic registriert sind. Hier ist ein schriftliches Gesuch an den Vertrauensärztlichen Dienst notwendig.

Nicht zugelassene Medikamente

- Produkte, die auf der Negativ-Liste aufgeführt sind.
- Produkte im Erprobungs- und Teststadium.
- Lifestyle-Präparate und kosmetische Produkte.

ÖKK

Zusatzbedingungen (ZB) KOMBI zu den AVB Zusatzversicherungen nach VVG

(Risikoträger ÖKK Versicherungen AG, Landquart)

Ausgabe 1.1.2013

Inhaltsverzeichnis

1. PLUS Zusatzversicherung Krankenpflege

1.1 Psychotherapie
1.2 Sterilisation
1.3 Zahnbehandlungen
1.4 Transporte
1.5 Reisekosten
1.6 Ohrenkorrekturen
1.7 Diätberatung
1.8 Haushaltshilfe
1.9 Vorsorge
1.10 Raucherentwöhnung
1.11 Kneipp-Kuren
1.12 Autogenes Training
1.13 Komplementärmedizin
1.14 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel
1.15 Auslandbehandlungen

2. KOMBI Spitalzusatzversicherung

2.1 Versicherungsdeckung
2.2 Akutspitäler
2.3 Kürzung
2.4 Kostenanteil
2.5 Ausland
2.6 Haushaltshilfe bei Mutterschaft
2.7 Second Opinion
2.8 Besondere Heilanstalten
2.9 Kuren
2.10 Versicherungsvariante mit wählbarer Jahresfranchise
2.11 Wirtschaftlichkeit der Behandlung
2.12 Versicherungsvarianten mit Spitalwahl- und Arztwahleinschränkung oder -ausdehnung

3. DENTA Zahnpflege-Versicherung

3.1 Leistungsklassen
3.2 Versicherungsumfang
3.3 Beginn der Bezugsberechtigung
3.4 Ausschluss von Leistungen

4. MAXIMO Ergänzungsversicherung für Krankenpflege

4.1 Komplementärmedizin
4.2 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel
4.3 Ergänzungsleistungen Rehabilitation
4.4 Ergänzungsleistungen Nichtvertragspitäler
4.5 Brillen / Kontaktlinsen
4.6 Fitnesskosten
4.7 Schuheinlagen
4.8 Kostenbeteiligung
4.9 Karenzfrist

5. Liste der leistungsberechtigten Institutionen und Leistungserbringer in Ergänzung der Zusatzbedingungen (ZB) zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB

1. PLUS Zusatzversicherung Krankenpflege

1.1 Psychotherapie

Ärztlich verordnete psychotherapeutische Behandlungen durch diplomierte Psychologen (ohne Anstellung beim Arzt).

Leistung: 25% der Kosten, im Maximum Fr. 1'000.– (einmalig).

1.2 Sterilisation

1.2.1 Nicht medizinisch indizierte Sterilisation (Tubenligatur) bei Frauen.

Leistung: höchstens Fr. 1'000.– (einmalig).

1.2.2 Unterbindung (Vasektomie) bei Männern.

Leistung: höchstens Fr. 500.– (einmalig).

1.3 Zahnbehandlungen

1.3.1 Zahnärztliche Behandlungen (inkl. kieferorthopädische Behandlungen) von Personen bis zum zurückgelegten 20. Altersjahr.

Leistung: 25% der Kosten.

1.3.2 Zahnärztliche Behandlung von Personen nach dem zurückgelegten 20. Altersjahr, durch diplomierte Zahnärzte durchgeführt.

Leistung: 20% der Kosten, im Maximum Fr. 100.– pro Kalenderjahr.

1.4 Transporte

1.4.1 Medizinisch bedingte Kranken-, Unfall-, Verlegungs- und Rücktransporte sowie Bergungs- und Rettungsaktionen (Mannschafts- und Materialeinsatz).

Leistung: 75% der Kosten .

1.4.2 Voraussetzung für die Ausrichtung der Leistungen ist, dass der Transport durch öffentliche Notfalldienste oder Transportunternehmen mit Bewilligung für gewerbsmässige Kranken- und Unfalltransporte ausgeführt wird (vorbehalten bleibt Art. A27 lit. o der AVB).

1.5 Reisekosten

Reisekosten für ambulante spezielle Serienbehandlungen, die nur in bestimmten, vom Wohnort weit entfernten Behandlungszentren (z. B. Universitätskliniken) durchgeführt werden können. Unter die Serienbehandlungen fallen u. a. Hämodialyse, Strahlentherapie.

Leistung: 90% der Kosten der öffentlichen Verkehrsmittel (2. Klasse).

1.6 Ohrenkorrekturen

Korrekturen abstehender Ohren.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'500.– (einmalig).

1.7 Diätberatung

Ärztlich verordnete und von einer diplomierten Ernährungsberaterin durchgeführte Diätberatung. Ausgenommen davon sind Beratungen bei Weight-Watchers und ähnlichen Organisationen.

Leistung: 75% der Kosten.

1.8 Haushaltshilfe

Ärztlich verordnete Haushaltshilfe durch familienfremdes ausgebildetes Haushaltshilfepersonal (Personal von Gemeinden, Hauskrankenpflegevereinen und ähnlichen Organisationen).

Leistung: 50% der Kosten, im Maximum Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr.

1.9 Vorsorge

Check-Up und Impfkosten durch einen eidg. diplomierten Arzt.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 500.– pro Kalenderjahr.

1.10 Raucherentwöhnung

Raucherentwöhnungs-Behandlung durch die Nikotin-Pflaster Nicotinell TTS, sofern eine ärztliche Bestätigung vorliegt, welche die vollständige Durchführung und den Abschluss der Behandlung bestätigt.

Leistung: 90% der Kosten.

1.11 Kneipp-Kuren

Vom Schweiz. Kneipp-Verband durchgeführte Kuren und Kurse.

Leistung: 50% der Kosten, im Maximum Fr. 300.– pro Kalenderjahr.

1.12 Autogenes Training

Autogenes Training.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 150.– pro Kalenderjahr.

1.13 Komplementärmedizin

1.13.1 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durch einen eidgenössisch diplomierten und anerkannten Arzt.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr.

1.13.2 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden und verordnete Heilmittel, sofern sie nicht in der Negativenliste aufgeführt sind, durch einen Naturheilarzt oder anerkannte komplementärmedizinische Medizinalperson. ÖKK führt eine Liste der anerkannten Therapeuten. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei ÖKK eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 750.– pro Kalenderjahr.

1.14 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel

Alle ärztlich verordneten Arzneimittel, sofern sie bei der swissmedic für die in Frage stehende Indikation registriert sind und nicht in der Negativen Liste aufgeführt sind.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr.

1.15 Auslandbehandlungen

Ambulante ärztliche Behandlung durch diplomierten Arzt.

Leistung: 90%.

2. KOMBI Spitalzusatzversicherung

2.1 Versicherungsdeckung

2.1.1 Die KOMBI Spitalzusatzversicherung umfasst drei Deckungsvarianten:

1: Allgemeine Abteilung Akutspital: Mehrbett-Zimmer
2: Halbprivate Abteilung Akutspital: Zweibett-Zimmer
3: Private Abteilung Akutspital: Einbett-Zimmer

2.1.2 Aus der KOMBI Spitalzusatzversicherung werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in denjenigen Spitälern übernommen, die in den kantonalen Planungs- und Spitallisten gemäss KVG Art. 39 aufgeführt sind.

2.1.3 Aus der KOMBI Spitalzusatzversicherung werden nur Arzthonorare (inkl. Narkose- und Assistenzarzt) von Ärzten übernommen, welche gemäss KVG Art. 44 nicht in den Ausstand getreten sind.

2.2 Akutspitäler

2.2.1 Bei medizinisch notwendiger, stationärer Behandlung in Akutspitälern werden die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Rahmen der versicherten Deckungsstufe zeitlich und betragsmässig unbeschränkt übernommen.

2.2.2 ÖKK bezahlt die Behandlungs- und Pensionskosten bei Akutspitalaufenthalten im Rahmen der gewählten Deckungsstufe. Als Behandlungskosten gelten die Aufwendungen der Behandlung einschliesslich Operation, Untersuchungen, Narkose, Assistent, Operationssaalbenützung, Medikamente, Verbandsmaterial, Wache und Desinfektion. Liegt keine vertragliche Regelung mit dem Akutspital vor, bemessen sich die Rückerstattungen von ÖKK nach den Tarifen und Vereinbarungen des am Wohnort oder in der Umgebung innerhalb des Wohnkantons des Versicherten nächstgelegenen Akutspitals.

2.2.3 Kennt ein Akutspital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Zusatzbedingungen genannten (Art. 2.1.1), so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt.

2.2.4 Die Spitaldeckung gilt weltweit.

2.3 Kürzung

Begibt sich der Versicherte in die nächsthöhere Spitalklasse der versicherten Deckungsvariante 1 oder 2, so hat er 30%, bei Behandlung in der übernächsthöheren 60% der Kosten selber zu tragen. Für Akutspitalaufenthalte in der Schweiz hat der Versicherte die Möglichkeit, den Nachweis zu erbringen, dass die Kosten der versicherten Abteilung höher gewesen wären als die nach der Reduktion ausgerichteten Leistungen. In diesem Fall erbringt ÖKK die Leistungen im Rahmen der nachgewiesenen Höhe.

2.4 Kostenanteil

2.4.1 Bei Aufenthalten in einem Akutspital wird allen Versicherten mit Deckungsvariante 1, 2 oder 3 pro Spitaltag ein Beitrag von Fr. 10.– an die Verpflegung in Abzug gebracht.

2.4.2 Bei Akutspitalaufenthalten von Personen bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr in einem Mehrbett-Zimmer wird kein Kostenanteil in Abzug gebracht.

2.5 Ausland

Für einen notfallmässigen Aufenthalt im Ausland werden die Leistungen im Rahmen der gewählten Deckungsvariante übernommen. Bestehen keine analogen Einteilungskriterien, erfolgt die Rückerstattung nach den Ansätzen der der Versicherung entsprechenden oder am nächsten kommenden Spitalabteilung.

2.6 Haushaltshilfe bei Mutterschaft

Bei Hausgeburten oder bei einem Spitalaustritt von Mutter und Kind innerhalb von vier Tagen, gestützt auf die verrechneten Spitaltage, richtet ÖKK die folgende Haushaltshilfe-Entschädigung aus:

Deckungsvariante 1	Fr. 450.–
Deckungsvariante 2	Fr. 600.–
Deckungsvariante 3	Fr. 800.–

2.7 Second Opinion

Die Versicherten können auf Kosten von ÖKK vor einer Operation die Zweitmeinung (Second Opinion) eines weiteren Arztes oder Spezialisten einholen.

2.8 Besondere Heilanstalten

Akutaufenthalt in einer besonderen Heilanstalt (psychiatrische Kliniken, psychiatrische Abteilungen von Heilanstalten, Mehrzwecksanatorien und medizinische Rehabilitationsstationen).

Leistung: Fr. 100.– pro Tag während maximal 90 Tagen pro Kalenderjahr.

2.9 Kuren

2.9.1 Ärztlich verordnete Bade- und Erholungskuren in einer Kuranstalt gemäss Liste von santésuisse.

Leistung im Rahmen der versicherten Deckungsvariante während längstens 21 Tagen pro Kalenderjahr:

Deckungsvariante 1	Fr. 20.– pro Tag
Deckungsvariante 2	Fr. 40.– pro Tag
Deckungsvariante 3	Fr. 60.– pro Tag

2.9.2 Voraussetzung für die Ausrichtung der Badekurleistung ist, dass sich die versicherte Person einer ärztlichen Ein- und Austrittsvisite und bei Badekuren intensiven balneologischen und physiotherapeutischen Massnahmen unterzieht.

2.9.3 Die ärztliche Kurverordnung ist an ÖKK 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

2.10 Versicherungsvariante mit wählbarer Jahresfranchise

Gegen eine Prämienreduktion kann die Versicherungsvariante mit wählbarer Jahresfranchise abgeschlossen werden. Versicherte Personen mit dieser Variante haben die gewählte Franchise pro Kalenderjahr bei Beanspruchung von Versicherungsleistungen vorab selbst zu tragen.

2.11 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

2.11.1 ÖKK übernimmt die Kosten für stationäre Behandlungen und Operationen nach stationären Ansätzen nur aufgrund medizinischer Notwendigkeit und nur für jenes Spital oder jene Spitalabteilung, in welche(s) die versicherte Person aus medizinischen Gründen gehört.

2.11.2 Ausnahmen müssen mit medizinischen oder sozialen Risikofaktoren begründet sein und ÖKK vorgängig zur Bewilligung eingereicht werden.

2.11.3 Für Operationen und Aufenthalte, welche aus medizinischer und sozialer Indikation keine stationäre Infrastruktur erfordern, werden keine Leistungen für stationäre Behandlungen aus dieser Spitalzusatzversicherung ausgerichtet.

2.12 Versicherungsvarianten mit Spitalwahl- und Arztwahleinschränkung oder -ausdehnung

ÖKK kann Versicherungsvarianten anbieten, welche gegen abweichende Prämien, auf Antrag des Versicherten die Spital- und Arztwahl einschränken oder ausdehnen. ÖKK führt eine Liste, aus welcher ersichtlich ist, welche Spitäler und Ärzte ausgewählt werden können. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei ÖKK eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

3. DENTA Zahnpflege-Versicherung

3.1 Leistungsklassen

Versicherte können folgende Leistungsklassen abschliessen:

Klasse 1: 50% der Kosten der Zahnbehandlung im Maximum Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr

Klasse 2: 75% der Kosten der Zahnbehandlung im Maximum Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr

Klasse 3: 75% der Kosten der Zahnbehandlung im Maximum Fr. 3'000.– pro Kalenderjahr.

3.2 Versicherungsumfang

3.2.1 Die DENTA umfasst grundsätzlich alle Kosten für zahnärztliche Behandlungen und Verrichtungen, die durch einen diplomierten Zahnarzt oder durch Personen durchgeführt werden, die von den zuständigen Gesundheitsbehörden für Zahnbehandlungen oder Prothetik zugelassen sind.

3.2.2 Die versicherten Beträge werden pro Kalenderjahr ausgerichtet. Massgebend für die Berechnung sind Behandlungsbeginn und -ende. Für Behandlungsrechnungen, welche zwei oder mehr Kalenderjahre tangieren, wird der Rechnungsbetrag durch die Anzahl der Behandlungsmonate geteilt. Entsprechend der jeweiligen Behandlungsdauer werden Rechnungsbetrag und Leistungen den einzelnen Kalenderjahren zugewiesen.

3.3 Beginn der Bezugsberechtigung

3.3.1 Der Versicherte ist in der DENTA vom siebten Monat seit dem Beginn dieser Zusatzversicherung an bezugsberechtigt. Für Zahnbehandlungen, welche in den ersten sechs Monaten durchgeführt werden, besteht kein Leistungsanspruch.

3.3.2 Beim Übertritt von einer niedrigen in eine höhere Versicherungsklasse treten die erhöhten Leistungen nach einer Karenzzeit von sechs Monaten seit dem Beginn dieser Zusatzversicherung in Kraft.

3.4 Ausschluss von Leistungen

3.4.1 Unfallbedingte zahnärztliche Behandlungen sind nicht versichert.

3.4.2 Die Leistungen der DENTA werden nur gewährt für krankheitsbedingte Behandlungen in der Schweiz und in der Schweiz angrenzenden Ländern.

4. MAXIMO Ergänzungsversicherung für Krankenpflege

Die Ergänzungsversicherung MAXIMO kann nur in Ergänzung zu einer Krankenpflege-Zusatzversicherung PLUS, PROSANO PLUS oder VIVA PLUS abgeschlossen werden (Primärdeckung). Sie wird bei einer Auflösung der Primärdeckung ebenfalls aufgehoben. Ein Anspruch auf ergänzende Versicherungsleistungen aus MAXIMO für Leistungen gemäss Art. 4.1, 4.2 und 4.5 entsteht erst, wenn die entsprechenden Leistungsansprüche aus der Primärdeckung vollumfänglich bezogen wurde (Prozentualer Rückerstattungsanteil wird nicht erhöht).

4.1 Komplementärmedizin

4.1.1 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durch einen eidgenössisch diplomierten und anerkannten Arzt.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr.

4.1.2 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden und verordnete Heilmittel, sofern sie nicht in der Negativliste aufgeführt sind, durch einen Naturheilarzt oder anerkannte komplementär-medizinische Medizinalperson verordnet wurden. ÖKK führt eine Liste der anerkannten Therapeuten. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei ÖKK eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr.

4.2 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel

Ärztlich verordnete Arzneimittel, sofern sie bei swissmedic für die in Frage stehende Indikation registriert sind und nicht in der Negativenliste aufgeführt sind.

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 2'000.– pro Kalenderjahr.

4.3 Ergänzungsleistungen Rehabilitation

Akutaufenthalt in einer besonderen Heilanstalt (psychiatrische Kliniken, psychiatrische Abteilungen von Heilanstalten, Mehrzwecksanatorien und medizinische Rehabilitationsstationen).

Voraussetzung ist das Bestehen einer Spital-Zusatzversicherung bei ÖKK (Stufe Allgemein, Halbprivat, Privat oder Vario).

Leistung: Gemäss bestehender Spitalversicherung bei ÖKK, Ergänzungsleistungen während maximal 30 Tagen innert 5 Kalenderjahren

4.4 Ergänzungsleistungen Nichtvertragspitäler

Ergänzung für Nichtvertragspitäler, welche auf der Spitalliste eines Kantones aufgeführt sind. Voraussetzung ist das Bestehen einer Spital-Zusatzversicherung bei ÖKK (Stufe Allgemein, Halbprivat, Privat oder Vario).

Leistung: Bei medizinisch notwendiger, stationärer Behandlung in Akutspitälern wird die Kostendifferenz (Unterkunft, Verpflegung und Behandlung) gegenüber dem nächstgelegenen Vertragsspital im Rahmen der anerkannten Tarife übernommen.

4.5 Brillen / Kontaktlinsen

An die Kosten von Brillen und Kontaktlinsen wird in Ergänzung der

ungedeckten, gesetzlichen Leistungen ein Kostenbeitrag von 75%, max. Fr. 300.– innert 5 Kalenderjahren ausgerichtet.

4.6 Fitnesskosten

Beitrag an die ausgewiesenen Fitnesskosten (gemäss Liste von ÖKK).

Leistung: 75% der Kosten, im Maximum Fr. 250.– pro Kalenderjahr.

4.7 Schuheinlagen

An die Kosten von Schuheinlagen und anderer, verordneter Hilfsmittel wird in Ergänzung der ungedeckten, gesetzlichen Leistungen ein Kostenbeitrag von 75%, max. Fr. 200.– innert 5 Kalenderjahren ausgerichtet.

4.8 Kostenbeteiligung

Auf den ausgerichteten Leistungen wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

4.9 Karenzfrist

Für den erstmaligen Leistungsbezug gilt nach Abschluss der Versicherung eine Karenzfrist von 6 Monaten.

5. Liste der leistungsberechtigten Institutionen und Leistungserbringer in Ergänzung der Zusatzbedingungen (ZB) zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB

Diese Liste kann jährlich angepasst werden und ist ein integrierter Bestandteil von AVB und ZB der betroffenen Versicherungsprodukte.

Komplementärmedizin:

Zugelassene Leistungserbringer

- Diplomierte Ärzte
- Naturheilärzte und komplementärmedizinische Hilfspersonen mit kantonaler Berufsbewilligung und Nachweis der notwendigen Berufskenntnisse im Rahmen einer EMR-Zulassung* (Erfahrungsmedizinisches Register der Firma ESKAMED, Basel).
- Hersteller von Naturheilmitteln, sofern eine kantonale Verkaufsbewilligung besteht

* Auskunft oder Einblick in EMR-Liste bei ÖKK auf Anfrage

Fitness-Leistungen:

Zugelassene Leistungserbringer

- Anerkannte Fitness-Zentren mit qualifiziertem Personal
- Joga-Kurse mit qualifiziertem Personal
- Kneipp-Kuren in anerkannten Zentren (z. B. Kurhaus Kneipphof)
- Rheumaschwimmen mit qualifiziertem Personal (Rheuma-Liga) und Wassergymnastik (z. B. Aqua-Fit, usw.) oder ärztlich verordnetes Schwimmen
- Gesundheitsfördernde Gymnastikkurse mit qualifiziertem Personal
- Allgemeine Kurse mit körperlicher Betätigung welche geeignet ist, den Gesundheitszustand zu verbessern oder zu erhalten (bei Bedarf mit ärztlicher Verordnung)

Ausgeschlossen sind

Kostenübernahme für die Ausübung von regelmässigen Trainingseinheiten wie

- Sämtliche Ballsportarten (z. B. Handball, Volleyball, Tennis, Unihockey usw.)
- Allgemeine Kampfsportarten (z. B. Judo, Karate usw.)
- Trendsportarten (Klettern, Inline-Skating usw.), Turn- und Tanzkurse
- Weiterbildungskurse usw.
- Mitgliedschaftsbeiträge für Vereine, Klubs usw.

Rückerstattung erfolgt nach

- Einreichung der Rechnungsquittung resp. Vorweisung eines Abonnements nach Abschluss der Abo-Periode mit schriftlicher Bestätigung* über die regelmässige Ausübung der fitness-fördernden Tätigkeit

* das entsprechende Formular kann bei uns angefordert werden

Nichtkassenpflichtige Medikamente:

Zugelassene Medikamente

- Bei swissmedic registrierte Medikamente, welche nicht zu den Pflichtleistungen der Krankenversicherer nach KVG gehören
- In Ausnahmefällen Medikamente, welche nicht, noch nicht oder nicht für die vorgesehene Behandlungsart, bei der swissmedic registriert sind. Hier ist ein schriftliches Gesuch an den Vertrauensärztlichen Dienst notwendig.

Nicht zugelassene Medikamente

- Produkte, die auf der Negativ-Liste aufgeführt sind.
- Produkte im Erprobungs- und Teststadium.
- Lifestyle-Präparate und kosmetische Produkte.

ÖKK

Zusatzbedingungen (ZB) TAGGELD-VERSICHERUNG zu den AVB Zusatzversicherungen nach VVG

(Risikoträger ÖKK Versicherungen AG, Landquart)

Ausgabe 1.1.2013

Inhaltsverzeichnis

1. Taggeldversicherung / Koordinationsmodell

1.1 Versichertes Taggeld
2.1 Leistungsdauer
1.3 Höhe des Taggeldes
1.4 Wartefristen
1.5 Koordinierte Leistungen

1. Taggeldversicherung/ Koordinationsmodell

1.1 Versichertes Taggeld

1.1.1 Erwerbstätige Personen können Taggelder bis zu einem Maximalbetrag von Fr. 500.– entsprechend dem zu erwartenden Lohn- und Erwerbsausfall versichern.

1.1.2 Personen bis zum zurückgelegten 15. Altersjahr können keine Taggeldversicherung abschliessen.

1.1.3 Nicht erwerbstätige Hausfrauen und Hausmänner, welche einen eigenen Haushalt führen, können Taggelder bis zu einem Maximalbetrag von Fr. 50.– versichern. ÖKK verzichtet bei einer Arbeitsunfähigkeit auf einen Nachweis für den Erwerbsausfall.

1.1.4 Die Taggeldversicherung erlischt automatisch am Ende des Monats

a) nach der vollständigen Erschöpfung der Leistungen;
b) nach Erreichen des AHV-Alters. Dies trifft auch bei andauernder Arbeitsunfähigkeit zu.

2.1 Leistungsdauer

2.1.1 Taggeld wird bei ärztlich bescheinigter, vollständiger Arbeitsunfähigkeit während 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausgerichtet.

2.1.2 Bei nur teilweiser, mindestens 25%iger Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld entsprechend dem Grad der verbleibenden Arbeitsfähigkeit gekürzt. Das gekürzte Taggeld wird während der in Art. 2.1.1 aufgeführten Dauer ausgerichtet. Eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 25% gibt keinen Anspruch auf Taggeldleistungen.

2.1.3 Arbeitslose haben bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50% Anspruch auf das volle Taggeld. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25%, jedoch höchstens 50%, haben sie Anspruch auf das halbe Taggeld.

2.1.4 Der Versicherte darf die Erschöpfung der Bezugsberechtigung nicht dadurch aufhalten, dass er vor der ärztlich bescheinigten Beendigung der Arbeitsunfähigkeit auf das Taggeld verzichtet.

1.3 Höhe des Taggeldes

1.3.1 ÖKK bezahlt der versicherten Person den entstandenen und nachgewiesenen Lohn- und Erwerbsausfall in der Höhe des versicherten Taggeldes.

1.3.2 Für die Versicherten im Monatslohn beträgt der Tageslohn 1/365 des Jahresbruttolohnes.

1.3.3 Für die Versicherten im Stunden- oder Tageslohn beträgt der Tageslohn 1/7 des durchschnittlichen Wochenlohnes. Als Wochenlohn gilt der in einer Kalenderwoche erzielte Bruttolohn.

1.3.4 Übt die versicherte Person keine regelmässige Tätigkeit aus oder unterliegt der Lohn starken Schwankungen, so ist das nachgewiesene durchschnittliche Einkommen der letzten 6 Monate massgebend.

1.3.5 Eine in ihrer aktuellen Tätigkeit arbeitsunfähige versicherte Person verpflichtet sich, innert 3 Monaten Arbeit in einem anderen Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen. Wird die Erwerbstätigkeit oder die Restarbeitsfähigkeit nicht bewertet oder unterbleibt die Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung bzw. der Invalidenversicherung, so erfolgt die Taggeldberechnung unter Berücksichtigung der Schadenmilderungspflicht der versicherten Person.

1.4 Wartefristen

Das Taggeld wird nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Wartefrist bei ununterbrochener gänzlicher oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Die Wartefrist ist bei jedem Fall neu zu bestehen und wird an die Leistungsdauer angerechnet. Handelt es sich jedoch um einen Rückfall und beginnt die Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 90 Tagen seit dem Ende der letzten Arbeitsunfähigkeit, ist die Wartefrist nicht neu zu bestehen.

1.5 Koordinierte Leistungen

1.5.1 ÖKK erbringt die versicherten Leistungen abzüglich allfälliger Taggeld- und Rentenleistungen von Sozialversicherungen und Versicherungsgesellschaften. Die Leistungsdauer wird durch eine allfällige Kürzung infolge Leistungen Dritter nicht verlängert.

1.5.2 Ist ein Entscheid von Sozialversicherungen oder Versicherungsgesellschaften noch hängig, erbringt ÖKK eine Vorleistung im Rahmen des versicherten Taggeldes. Die Vorleistung wird mit einer Nachzahlung verrechnet.

1.5.3 Bei Mutterschaft ist besteht kein Anspruch auf Taggeldleistungen (Geburtengeld) in Ergänzung zu den gesetzlichen Leistungen. Es besteht keine Leistungspflicht infolge Krankheit und Unfalls während 8 Wochen nach der Geburt. Falls die Versicherte der Arbeit auf eigenes Begehren länger fernbleibt, entfällt die Leistungspflicht bis zu Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit.

1.5.4 Bei Auslandaufenthalten werden die Leistungen nur gewährt, solange der Versicherte erwiesenermassen hospitalisiert ist. Vorbehalten bleiben anderslautende Vorschriften im Rahmen zwischenstaatlicher Sozialversicherungsabkommen.

1.5.5 Arbeitslose Versicherte haben gegen angemessene Prämienanpassung Anspruch auf Änderung ihrer bisherigen Taggeldversicherung in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab 31. Tag unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der Umwandlung.

ÖKK

Patientenrechtsschutz-Versicherung AVB

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2007

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung

1.1 Versicherungsträger
1.2 Gemeinsame Bestimmungen
1.3 Kollektivvertrag

2. Deckungsumfang

2.1 Allgemein
2.2 Versicherte Streitigkeiten
2.3 Nicht versicherte Streitigkeiten

3. Versicherte Personen

4. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

4.1 Im Allgemeinen
4.2 Auflösung des Kollektivvertrages

5. Örtlicher Geltungsbereich

6. Zeitlicher Geltungsbereich

7. Versicherte Leistungen

8. Rechtsschutzfall

8.1 Anmeldung eines Rechtsschutzfalles
8.2 Abwicklung eines Rechtsschutzfalles
8.3 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

9. Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz

9.1 Informationen für den Antragsteller vor Vertragsabschluss
9.2 Datenschutz

10. Schlussbestimmungen

10.1 Gerichtsstand
10.2 Anwendbares Recht

1. Grundlagen der Versicherung

1.1 Versicherungsträger

Versicherungsträger der Patienten-Rechtsschutzversicherung ist die DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG, Lausanne (nachfolgend Versicherer).

Vermittelnde Krankenkasse ist die auf der Versicherungs-Police aufgeführte Krankenkasse (nachfolgend Kasse). Die Kasse selber übernimmt keine Haftung für irgendwelche Ansprüche der versicherten Person gegenüber dem Versicherer.

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die gemeinsamen Bestimmungen der Kasse sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen über den Patienten-Rechtsschutz. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen der Patienten-Rechtsschutzversicherung den gemeinsamen Bestimmungen der Kasse vor.

1.3 Kollektivvertrag

Die Gewährung des Patienten-Rechtsschutzes erfolgt auf Grund der Verträge zwischen der Kasse, dem RVK und dem Versicherer.

2. Deckungsumfang

2.1 Allgemein

Der Versicherer gewährt den versicherten Personen Rechtsschutz, wenn Streitigkeiten aus Vertrag mit einem medizinischen Leistungserbringer nach KVG oder einem anderen gemäss denVersicherungsbestimmungen der Kasse anerkannten Leistungserbringer entstehen.

2.2 Versicherte Streitigkeiten

Versichert sind Streitigkeiten über:

a) mögliche Fehlbehandlungen,
b) die Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen aus Fehlbehandlungen,
c) die Aufklärungspflicht gegenüber der versicherten Person betreffend möglicher Auswirkungen von medizinischen Massnahmen,
d) Fehlinformationen und Informationsverweigerung, insbesondere betreffend:
   - Einsichtnahme in Untersuchungsdokumente
   - Herausgabe von Röntgenbildern
e) die Unterlassung von Untersuchungen.

2.3 Nicht versicherte Streitigkeiten

Nicht versichert sind Streitigkeiten über:

a) Leistungen, welche die Kasse gemäss ihren Versicherungsbestimmungen nicht versichert,
b) Psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen,
c) Honorare und Rechnungen (ausgenommen solche über nicht erbrachte Leistungen),
d) Leistungen von Krankenkassen und Versicherungen,
e) Differenzen zwischen versicherten Personen und der Kasse.

3. Versicherte Personen

Versichert sind Personen, welche bei der Kasse die Patienten-Rechtsschutzversicherung abgeschlossen haben.

Zusätzlich versichert sind alle Personen:

- welche mit der oben erwähnten Person in einer gemeinsamen Police (Haupt-/Familienpolice) bei der Kasse versichert sind,
- Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Altersjahres, welche mit der oben erwähnten Person im selben Haushalt leben und bei der Kasse versichert sind.

Stirbt eine versicherte Person als Folge eines versicherten Ereignisses, so sind deren Rechtsnachfolger für diesen Fall versichert.

4. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

4.1 Im Allgemeinen

Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung richten sich nach den gemeinsamen Bestimmungen der Kasse.

Die Versicherung kann nur zusammen mit mindestens einer weiteren Versicherungsabteilung aus dem Angebot der Kasse abgeschlossen bzw. geführt werden.

Scheidet eine Person, welche die Bedingungen der Patienten-Rechtsschutzversicherung erfüllt, aus der gemeinsamen Police (Haupt-/Familienpolice) aus, erfolgt die Weiterversicherung als Einzelperson. Der versicherten Person steht jedoch nach erfolgter Mitteilung innert drei Monaten ein rückwirkendes Rücktrittsrecht zu.

4.2 Auflösung des Kollektivvertrages

Die Versicherung erlischt bei Auflösung der Verträge zwischen dem Versicherer, dem RVK und der Kasse. Die Auflösung muss der versicherten Person spätestens einen Monat vor Erlöschen des Versicherungsschutzes schriftlich mitgeteilt werden.

5. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

6. Zeitlicher Geltungsbereich

Versicherungsschutz ist gegeben, wenn der Zeitpunkt des behaupteten Fehlverhaltens eines medizinischen Leistungserbringers innerhalb der Versicherungsdauer liegt und der Bedarf nach rechtlicher Unterstützung, für den Versicherungsdeckung beansprucht wird, während der Vertragsdauer auftritt. Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren gemäss VVG nach zwei Jahren.

7. Versicherte Leistungen

Versichert ist die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen der versicherten Personen und die Bezahlung bis maximal CHF 250 000.– (bzw. CHF 50 000.– in Fällen ausserhalb Europas) pro Fall der Aufwendungen für:

a) die Bearbeitung der Rechtsschutzfälle durch den Versicherer,
b) einen beigezogenen Rechtsanwalt oder juristischen Beauftragten,
c) Expertisen, die vom Versicherer, vom beauftragten Rechtsanwalt oder einer Zivil-, Straf- oder Verwaltungsbehörde angeordnet werden,
d) Gerichtskosten und andere zu Lasten der versicherten Person gehende Verfahrenskosten,
e) Inkassogebühren für die der versicherten Person zugesprochene Entschädigung,

f) der versicherten Person auferlegte Prozessentschädigungen an die Gegenpartei.

Nicht bezahlt werden namentlich:

a) Schadenersatz,
b) Kosten, zu deren Übernahme ein haftpflichtiger Dritter verpflichtet ist.

8. Rechtsschutzfall

8.1 Anmeldung eines Rechtsschutzfalles

Der Eintritt eines Rechtsschutzfalles ist dem Versicherer resp. der Kasse 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 ihm zugehende Mitteilungen, insbesondere von Behörden, ohne Verzug weiterzuleiten. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflichten kann der Versicherer seine Leistungen soweit kürzen, als dadurch zusätzliche Kosten entstanden sind. Bei grober Verletzung können die Leistungen verweigert werden.

8.2 Abwicklung eines Rechtsschutzfalles

Der Rechtsdienst des Versicherers klärt die versicherte Person über deren Rechte auf und verteidigt ihre Interessen in streitigen Fällen, um das bestmögliche Resultat zu erzielen. Die versicherte Person erteilt dem Versicherer alle notwendigen Vollmachten.

Die versicherte Person enthält sich jeglicher Einmischung in die durch den Versicherer geführten Verhandlungen. Sie schliesst keine Vergleiche ab, erteilt keine Aufträge und leitet keine Gerichtsverfahren ohne vorherige Zustimmung des Versicherers ein.

Im Falle eines Interessenkonflikts zwischen mehreren Personen, die gleichzeitig durch verschiedene Policen beim Versicherer versichert sind, sowie in Fällen, in denen das Prozessrecht die Beauftragung eines externen Rechtsanwalts vorschreibt, kann die versicherte Person frei einen Vertreter wählen, der die erforderlichen Fähigkeiten besitzt. Die Beauftragung des gewählten Vertreters erfolgt ausschliesslich durch den Versicherer.

Die versicherte Person entbindet ihren Rechtsanwalt gegenüber dem Versicherer von seinem Berufsgeheimnis.

8.3 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

Treten im Laufe der Bearbeitung eines gedeckten Falles Meinungsverschiedenheiten zwischen der versicherten Person und dem Versicherer hinsichtlich der Vorgehensweise auf, oder beurteilt der Versicherer gewisse Schritte als aussichtslos, so teilt er der versicherten Person seinen Standpunkt schriftlich und begründet mit und weist diese gleichzeitig auf ihr Recht hin, das nachfolgende Schiedsverfahren einzuleiten.

Ab Empfang dieser Mitteilung hat die versicherte Person alle erforderlichen Massnahmen zur Wahrung ihrer Interessen selbst zu treffen. Der Versicherer ist für die Folgen mangelhafter Interessenvertretung, insbesondere verpasster Fristen, nicht haftbar. Die versicherte Person hat dem Versicherer innert 30 Tagen mitzuteilen, ob sie ein Schiedsverfahren wünscht.

Im Falle eines Schiedsverfahrens ernennen die versicherte Person und der Versicherer im gegenseitigen Einvernehmen einen einzelnen Richter. Er urteilt nach einmaligem Schriftenwechsel in einem einfachen und formlosen Verfahren und auferlegt den Parteien die Kosten entsprechend dem Ausgang des Verfahrens. Im Übrigen sind die Bestimmungen des Konkordats über die Schiedsgerichtsbarkeit anwendbar.

Leitet die versicherte Person trotz Ablehnung der Leistungen durch den Versicherer auf eigene Kosten ein Gerichtsverfahren ein und erzielt sie ein günstigeres Resultat gegenüber der Voraussage des Versicherers oder dem Entscheid eines Schiedsgerichts, so vergütet ihr der Versicherer, im Rahmen der allgemeinen Versicherungsbedingungen, die entstandenen Kosten.

9. Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz

9.1 Informationen für den Antragsteller vor Vertragsabschluss

Die Kasse orientiert den Antragsteller vor Abschluss des Versicherungsvertrages durch Abgabe des Antragformulars sowie sämtlicher Vertragsbedingungen und Prospekte, welche die beantragten Versicherungen betreffen, über den Inhalt des Versicherungsvertrags, namentlich die versicherten Risiken, den Umfang des Versicherungsschutzes, die weiteren Pflichten des Versicherungsnehmers und die Identität des Versicherers.

9.2 Datenschutz

Mit Bezug auf den Datenschutz wird sichergestellt, dass die im Rahmen der Antragstellung und des Versicherungsvertrages gewonnenen Daten ausschliesslich zur Durchführung des Vertragszwecks bearbeitet werden. Namentlich wird die Einhaltung des Datenschutzgesetzes garantiert. Daten werden physisch und elektronisch so gesichert, dass sie dem Zugriff unberechtigter Dritter entzogen sind.

Die Datenbearbeitung erfolgt ausschliesslich durch Personen, welche in einem Arbeitsverhältnis zum Versicherer respektive zum Krankenversicherer stehen oder Personen, die im Rahmen einer Auftragsverpflichtung für den Versicherer die ordnungsgemässe Durchführung der Versicherung im Bereich der medizinischen und rechtlichen Leistungskontrolle sowie der Rückversicherung vornehmen. Der Versicherer respektive der Krankenversicherer stellt sicher, dass die zur Datenbearbeitung berechtigten Personen ihre datenschutzrechtlichen Verpflichtungen kennen und sich zu deren Einhaltung verpflichten. Im Rahmen der vertraglich vereinbarten Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht kann der Versicherer vom Versicherten eine Vollmacht einholen, welche eine erweiterte Datenbearbeitung ermöglicht.

10. Schlussbestimmungen

10.1 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten zwischen der versicherten Person und dem Versicherer gilt als Gerichtsstand der schweizerische Wohnort der versicherten Person oder des Versicherers.

10.2 Anwendbares Recht

Im Übrigen gelten für die Versicherung die Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG), das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) sowie die Aufsichtsverordnung (AVO).

ÖKK

Krankheits-Tod- und Invaliditätsversicherung infolge Krankheit und Unfall (KTI)

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2014

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines

1.1 Vertragsparteien und Beteiligte
1.2 Gegenstand und Grundlagen der Versicherung
1.3 Versicherungsjahr / Altersbestimmung / Schlussalter / Höchsteintrittsalter
1.4 Information gemäss Versicherungsvertragsgesetz
1.5 Begriffsbestimmungen

2. Versicherungsschutz

2.1 Aufnahme in die Versicherung
2.2 Umfang der Versicherung
2.3 Obliegenheiten der versicherten Person beziehungsweise der Anspruchsberechtigten

3. Versicherungsdeckung

3.1. Übersicht über die Leistungen
3.2 Leistungen im Todesfall
3.3 Todesfallkapital
3.4 Leistungen bei Invalidität
3.5 Invaliditätskapital
3.6 Befreiung von der Prämienzahlungspflicht

4. Auszahlung der Leistungen

4.1 Anspruchsbegründung
4.2 Ärztliches Zeugnis
4.3 Auskünfte und Nachweise
4.4 Erfüllungsort

5. Finanzierung

5.1 Prämien
5.2 Säumnisfolgen
5.3 Altersanpassung
5.4 Prämienanpassung

6. Abtretung und Verpfändung

6.1 Möglichkeit der Abtretung und Verpfändung
6.2 Anpassung der Versicherungssummen nach Abtretung oder Verpfändung
6.3 Fälligkeit
6.4 Begünstigte
6.5 Form der Abtretung und Verpfändung

7. Erlöschen der Versicherung

7.1 Voraussetzungen
7.2 Teilaufhebung
7.3 Kündigung
7.4 Auflösung des Kollektivversicherungsvertrags
7.5 Schadensfall

8. Militärdienst/Krieg

9. Datenschutz

10. Schlussbestimmungen

10.1 Inkrafttreten
10.2 Bekanntgabe von Änderungen
10.3 Gerichtsstand
10.4 Anwendbares Recht

1. Allgemeines

1.1 Vertragsparteien und Beteiligte

1.1.1 Versicherer
Versicherer und damit Risikoträgerin ist GENERALI Personenversicherungen AG, Postfach 1040, 8123 Adliswil 1. Der im Versicherungsausweis genannte Krankenversicherer oder die Krankenkasse hat mit GENERALI Personenversicherungen AG (nachfolgend GENERALI genannt) einen Kollektivversicherungsvertrag zur Gewährung der Kapital-Versicherungsdeckung für Tod und Invalidität infolge Krankheit oder Krankheit und Unfall abgeschlossen. Der Krankenversicherer oder die Krankenkasse selbst übernimmt keine Haftung für irgendwelche Ansprüche aus dieser Kapital-Versicherungsdeckung.

1.1.2 Versicherungsnehmer Kollektivversicherungsvertrag
Versicherungsnehmer des Kollektivversicherungsvertrages ist der Krankenversicherer oder die Krankenkasse (nachfolgend Krankenversicherer genannt). Die administrativen Belange gegenüber der versicherten Person und gegenüber der GENERALI werden durch den Krankenversicherer wahrgenommen. Davon ausgenommen ist die Auszahlung der Versicherungsleistung, welche durch GENERALI erfolgt.

1.1.3 Versicherte Person
Versicherte Person ist die Person gemäss Ziffer 2.1.1, die im Rahmen dieser Versicherungsdeckung versichert ist (nachfolgend versicherte Person genannt). Sie oder ihre Begünstigen (siehe Ziffer 3.2.2) können Ansprüche auf Versicherungsleistungen geltend machen. Die versicherte Person ist namentlich im Versicherungsausweis aufgeführt.

1.2 Gegenstand und Grundlagen der Versicherung

1.2.1
Die Versicherung bezweckt den Schutz der in Ziffer 2.1 bezeichneten Personen gegen die wirtschaftlichen Folgen bei Tod und Invalidität infolge von Krankheit und Unfall. Die versicherten Kapitalleistungen werden gemäss den nachfolgenden Bestimmungen bezahlt, unabhängig von Leistungen anderer Privat- oder Sozialversicherungen.

1.2.2
Die Grundlage der Versicherung bilden alle schriftlichen Erklärungen, welche die versicherte Person und deren Vertreter im Antragsformular und in weiteren Schriftstücken abgeben.

1.2.3
Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien sind im Versicherungsausweis, allfälligen Nachträgen und den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen KTI (nachfolgend AVB KTI genannt) festgelegt. Ergänzend zu den Bestimmungen der vorliegenden AVB KTI kommt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) zur Anwendung; im Übrigen gelten das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und die Aufsichtsverordnung (AVO).

1.3 Versicherungsjahr / Altersbestimmung / Schlussalter / Höchsteintrittsalter

1.3.1 Versicherungsjahr
Der Beginn des Versicherungsjahres ist der 1. Januar.

1.3.2 Altersbestimmung
Das für die Versicherung massgebende Alter der versicherten Person (nachfolgend Tarifalter genannt) entspricht der Differenz zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr.

1.3.3 Schlussalter
Das Schlussalter wird am 31. Dezember nach Vollendung des Tarifalters 59 erreicht.

1.3.4 Höchsteintrittsalter
Neuabschlüsse und Erhöhung der Versicherungssummen können bis zum vollendeten Tarifalter 55 vorgenommen werden.

1.4 Information gemäss Versicherungsvertragsgesetz

Der Krankenversicherer orientiert die Antrag stellende Person vor Abschluss der Versicherung durch Abgabe dieser AVB KTI sowie aller nach Artikel 3 VVG erforderlichen Informationen.

1.5 Begriffsbestimmungen

1.5.1 Männliche und weibliche Form
Ist die Rede von versicherter Person und Anspruchsberechtigtem, ist immer das weibliche und männliche Geschlecht gemeint.

1.5.2 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. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

1.5.3 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.
Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

1.5.4 Invalidität
Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.
Nicht erwerbstätige Minderjährige gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird.
Volljährige, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen.

1.5.5 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 zu Folge hat.
Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen.

1.5.6 Unfall
Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtige, 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, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere

Einwirkungen Unfällen gleichgestellt: Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen und Trommelfellverletzungen.
Im Übrigen sind Berufskrankheiten den Unfällen gleichgestellt.

2. Versicherungsschutz

2.1 Aufnahme in die Versicherung

2.1.1
In die Versicherung werden nur Personen aufgenommen, die gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) versicherungspflichtig sind, sich gemäss AVB KTI freiwillig versichern möchten und ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in der Schweiz oder dem Fürstentum Liechtenstein haben.

2.1.2
Die Aufnahme kann frühestens auf den der Geburt folgenden Monatsersten erfolgen.

2.1.3
Die versicherte Person (bei Minderjährigen: die Eltern oder der Vormund) hat dem Krankenversicherer das Antragsformular «Antrag zur Kapital-Versicherungsdeckung für Tod und Invalidität infolge Krankheit und Unfall (KTI)» und gegebenenfalls die «Ergänzung zum Antrag» vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt einzureichen. Bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung ist GENERALI berechtigt den Versicherungsschutz durch schriftliche Erklärung zu kündigen (vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung). Der Krankenversicherer meldet die zu versichernde Person der GENERALI mittels dieser Formulare zur Aufnahme an.

2.1.4
Jede Änderung der wesentlichen Gefahrentatsachen (Veränderung des Gesundheitszustandes), die zwischen der Einreichung des Antragformulars und der schriftlichen Bestätigung der Antragsannahme eintritt, muss dem Krankenversicherer gemeldet werden; die Unterlassung der Meldung stellt eine Anzeigepflichtverletzung dar.

2.1.5 Versicherungsausweis
Der Versicherungsausweis oder die Versicherungspolice (nachfolgend Versicherungsausweis genannt) wird vom Krankenversicherer der versicherten Person nach Antragsannahme zugestellt.

2.2 Umfang der Versicherung

2.2.1
Der Versicherungsschutz beginnt, unter Vorbehalt allfälliger Einschränkungen aufgrund des Ergebnisses der Gesundheitsprüfung gemäss Ziffer 2.2.2, mit dem im Versicherungsausweis angegebenen Versicherungsbeginn. Bei Neugeborenen fällt der Versicherungsschutz rückwirkend zum Beginn weg, wenn innert 2 Jahren ab Geburt ein Geburtsgebrechen gemäss Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV), eine genetische Erkrankung oder ein genetischer Defekt festgestellt wird. Allfällig bereits bezahlte Prämien werden in diesem Fall rückerstattet.

2.2.2
Über den Versicherungsschutz wird aufgrund des eingereichten Antrags und einer allfälligen Anfrage beim Arzt oder einer ärztlichen Untersuchung entschieden, sofern die beantragten Versicherungssummen die von GENERALI festgelegten Summengrenzen nicht übersteigen (siehe Ziffer 3.3 und Ziffer 3.5).
GENERALI gibt dem Krankenversicherer schriftlich Bericht, ob und allenfalls zu welchen Bedingungen der Versicherungsschutz gewährt werden kann. Der Krankenversicherer orientiert die versicherte Person.

2.2.3
Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Die Versicherung erlischt jedoch automatisch, sobald die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort länger als drei Monate nicht in der Schweiz oder dem Fürstentum Liechtenstein hat.

2.2.4
[1] Wird eine versicherte Person durch Vorsatz oder Eventualvorsatz invalide, bleiben allfällige Leistungskürzungen gemäss VVG vorbehalten.
[2] Stirbt eine versicherte Person innert drei Jahren seit dem Versicherungsbeginn infolge Selbsttötung, so wird kein Todesfallkapital fällig. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung, welche zu ihrem Tod führte, in urteilsunfähigem Zustand vorgenommen hat.
[3] Begeht eine versicherte Person Selbstmord nach Ablauf von drei Jahren seit Versicherungsbeginn, wird das Todesfallkapital ungekürzt ausbezahlt.

2.2.5
Für Vertragsänderungen (Erweiterung der Deckung) hat die versicherte Person einen neuen Antrag einzureichen. Ziffern 2.2.1 bis 2.2.3 gelten sinngemäss.

2.3. Obliegenheiten der versicherten Person beziehungsweise der Anspruchsberechtigten

2.3.1
Jeder Versicherungsfall, der voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen gibt, ist dem Krankenversicherer unverzüglich nach Eintritt des Ereignisses elektronisch, mündlich oder schriftlich zu melden.

2.3.2
Spätestens 4 Wochen nach Kenntnis über das Bestehen eines Geburtsgebrechens, einer genetischen Erkrankung oder eines genetischen Defekt ist der Krankenversicherer zu informieren.

2.3.3
Bei schuldhafter Verletzung der die versicherte Person oder die Anspruchsberechtigten treffenden Obliegenheiten ist GENERALI befugt, die Versicherungsleistung um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei Beachtung der Obliegenheit gemindert hätte.

3. Versicherungsdeckung

3.1 Übersicht über die Leistungen

3.1.1
Versicherbar sind folgende Leistungen:
a) Im Todesfall
   Todesfallkapital gemäss Ziffer 3.2,
b) Bei Invalidität
   Invaliditätskapital gemäss Ziffer 3.4,
c) Bei Arbeitsunfähigkeit
   Prämienbefreiung für das Todesfallkapital und/oder Invaliditätskapital gemäss Ziffer 3.6.

Die Höhe und der Umfang der effektiven versicherten Leistungen sind auf dem Versicherungsausweis ersichtlich. Vorbehalten bleibt die Reduktion des Invaliditätskapitals nach Vollendung des Tarifalters 55 gemäss Ziffer 3.5.3.

3.1.2
Wurde die Unfalldeckung nicht eingeschlossen, entsteht auf Leistungen gemäss Ziffer 3.2 , Ziffer 3.4 und Ziffer 3.6 kein Anspruch, wenn das versicherte Ereignis durch einen Unfall gemäss Ziffer

1.5.6 verursacht worden ist. Das Unfallrisiko ist nur mitversichert, wenn es auf dem Versicherungsausweis aufgeführt ist.

3.1.3
Beim Zusammentreffen von krankheits- und unfallbedingten Ursachen werden die Leistungen in der Höhe des Anteils ausgerichtet, den Krankheit bzw. Unfall aufgrund ärztlicher Gutachten an der Invalidität oder am Tod haben.

3.2 Leistungen im Todesfall

3.2.1
Der Anspruch auf die versicherte Kapitalleistung entsteht beim Eintritt des Todes durch Krankheit oder Unfall der versicherten Person vor Erreichen des Schlussalters. Ziffer 2.2.4 Abs. 2 bleibt vorbehalten.

3.2.2
Als Begünstigte sind folgende Personen in nachstehender Reihenfolge zugelassen:

a) Der überlebende Ehegatte oder die überlebende eingetragene Partnerin oder der überlebende eingetragene Partner,
b) Die direkten Nachkommen sowie die natürlichen Personen, die von der verstorbenen Person in erheblichem Masse unterstützt worden sind, oder die Person, die mit dieser in den letzten fünf Jahren bis zu ihrem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat oder die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss,
c) Die Eltern,
d) Die Geschwister,
e) Die übrigen gesetzlichen oder eingesetzten Erben unter Ausschluss des Gemeinwesens.

Die versicherte Person kann eine oder mehrere begünstigte Personen unter den in Ziffer 3.2.2 Buchstabe b genannten Begünstigten bestimmen und deren Ansprüche bezeichnen. Die versicherte Person hat zudem das Recht, die Reihenfolge der Begünstigten nach Ziffer 3.2.2. Buchstabe c bis e zu ändern und deren Ansprüche näher zu bezeichnen. Mitteilungen an den Krankenversicherer betreffend der Begünstigungsregelung haben schriftlich und mit rechtsgültiger Unterschrift zu erfolgen.

3.3 Todesfallkapital

3.3.1
Für jede versicherte Person kann ein Todesfallkapital gegen die Risiken Krankheit oder Krankheit und Unfall versichert werden.

Das mit der Anmeldung gewählte Todesfallkapital beträgt CHF 10'000.– oder ein Vielfaches davon bis maximal CHF 400'000.–. Für Kinder und Jugendliche gelten tiefere Summengrenzen gemäss Ziffer 3.3.2 und 3.3.3.

3.3.2
Für ein Kind bis einschliesslich Tarifalter 3 kann höchstens ein Todesfallkapital von CHF 2'500.– versichert werden.

Vom Tarifalter 4 bis einschliesslich Tarifalter 14 kann höchstens ein Todesfallkapital von CHF 20'000.– versichert werden.

3.3.3
Für einen Jugendlichen zwischen dem Tarifalter 15 und Tarifalter 18 kann höchstens ein Todesfallkapital von CHF 100'000.– versichert werden.

3.3.4
Das versicherte Todesfallkapital wird im Versicherungsausweis aufgeführt.

3.4 Leistungen bei Invalidität

3.4.1
Der Anspruch auf das versicherte Invaliditätskapital entsteht unter Vorbehalt von Ziffer 3.1.2, wenn die versicherte Person gemäss der Eidgenössischen Invalidenversicherung (nachfolgend IV genannt) und vor Erreichen des Schlussalters infolge Krankheit oder Unfall als invalide gilt und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, die zur Invalidität führte, im Rahmen des Kollektivversicherungsvertrages versichert war.

3.4.2
Das ausbezahlte Invaliditätskapital richtet sich nachdem Grad der Invalidität gemäss dem Entscheid der IV. Dabei besteht bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 25 Prozent kein Anspruch auf Leistungen. Die Leistungen werden in folgendem Ausmass ausgerichtet:

Grad der Invalidität	Leistungshöhe
0% – 24%	0%
25% – 59%	Dem Grad der Invalidität entsprechend
60% – 69%	75%
ab 70%	100%

3.4.3
Bei begründetem Fehlen eines IV-Entscheides legt GENERALI den Grad der Invalidität nach den Grundsätzen der IV fest. Bei Kindern und Jugendlichen stützt er seinen Entscheid auf die Beurteilung der IV (insbesondere unter Berücksichtigung einer allfälligen Hilflosenentschädigung) sowie der behandelnden Ärzte.

3.4.4
Die Auszahlung des Invaliditätskapitals an die anspruchsberechtigte versicherte Person erfolgt frühestens nach einer Wartefrist von 12 Monaten seit Beginn der Invalidität.

3.4.5
Bei Eintritt einer Teilinvalidität reduziert sich das ursprünglich versicherte Invaliditätskapital im Umfang des fällig gewordenen Invaliditätskapitals. Das weiterhin versicherte Invaliditätskapital kann nicht mehr erhöht werden.

3.4.6
Kein Anspruch auf Leistungen bei Invalidität besteht, wenn die versicherte Person ihre Invalidität absichtlich herbeigeführt hat. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung, welche zu ihrer Invalidität führte, in urteilsunfähigem Zustand vorgenommen hat. Im Übrigen wird auf Ziffer 2.2.4 verwiesen.

3.5 Invaliditätskapital

3.5.1
Für jede versicherte Person kann ein Invaliditätskapital gegen die Risiken Krankheit oder Krankheit und Unfall versichert werden. Das mit der Anmeldung wählbare Invaliditätskapital beträgt CHF 10'000.– oder ein Vielfaches davon bis maximal CHF 400'000.–. Für Kinder und Jugendliche gelten tiefere Summengrenzen gemäss Ziffer 3.5.2.

3.5.2
Für Kinder und Jugendliche bis einschliesslich Tarifalter 14 kann höchstens ein Invaliditätskapital von CHF 50'000.– versichert werden.

3.5.3
Nach Vollendung des Tarifalters 55 reduziert sich das versicherte Invaliditätskapital bei gleich bleibender Prämie jährlich jeweils per 1. Januar um 20 Prozent des vollen, im Tarifalter 55 versicherten

Invaliditätskapitals. Die nach der Reduktion verbliebene Versicherungssumme wird auf die nächsten CHF 10'000.– aufgerundet. Im Versicherungsausweis bleibt die ursprünglich versicherte Invaliditätskapitalleistung ausgewiesen.

3.5.4
Das versicherte Invaliditätskapital wird im Versicherungsausweis aufgeführt.

3.6 Befreiung von der Prämienzahlungspflicht

3.6.1
Sowohl bei Arbeitsunfähigkeit als auch bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit oder Unfall ist die versicherte Person von der Zahlung der Invaliditäts- und Todesfall-Prämien für die im Rahmen dieser AVB KTI versicherten Leistungen befreit.

3.6.2
Die Prämienbefreiung beginnt nach einer Wartefrist von 6 Monaten ab Beginn der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit, frühestens ab der ersten Arztkonsultation. Die Prämienbefreiung richtet sich nach dem Grad der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise nach dem Grad der Erwerbsunfähigkeit gemäss dem Entscheid der IV. Bei einem Arbeitsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsgrad von weniger als 25 Prozent besteht kein Anspruch auf Prämienbefreiung. Bei einem Arbeitsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsgrad von 70 Prozent oder mehr besteht Anspruch auf die volle Prämienbefreiung. Liegt der Grad der Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit dazwischen, wird die Prämienbefreiung analog der Tabelle in Ziffer 3.4.2 erbracht.

3.6.3
Die Prämienbefreiung für das Todesfallkapital wird bis zum Schlussalter gemäss Ziffer 1.3.3 erbracht.

4. Auszahlung der Leistungen

4.1 Anspruchsbegründung

Die Leistungen gemäss diesen AVB KTI werden ausbezahlt, wenn die Anspruchsberechtigten alle Unterlagen beigebracht haben, welche GENERALI zur Begründung des Anspruches benötigt.

Die einzureichenden Unterlagen umfassen:
a) Im Todesfall: Totenschein, Ärztliches Zeugnis, Erbbescheinigung, Nachweis über das Vorliegen einer Lebensgemeinschaft sowie zusätzliche Unterlagen, deren Einreichung GENERALI verlangt.
b) Bei Invalidität/Erwerbsunfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit: Ärztliches Zeugnis, Beschluss bzw. Verfügung der IV sowie zusätzliche Unterlagen, deren Einreichung GENERALI verlangt.

4.2 Ärztliches Zeugnis

Ein ärztliches Zeugnis ist von einer Ärztin oder einem Arzt mit eidgenössischem Diplom, einem anderen vom Bundesrat anerkannten, gleichwertigen wissenschaftlichen Befähigungsausweis oder einem von der schweizerischen Invalidenversicherung anerkannten ausländischen Arzt auszustellen.

4.3 Auskünfte und Nachweise

GENERALI 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 GENERALI vom Arztgeheimnis zu entbinden.

4.4 Erfüllungsort

Als Erfüllungsort gilt der schweizerische (oder liechtensteinische) Wohnsitz des Anspruchsberechtigten oder seines Vertreters. Bei Fehlen eines solchen Wohnsitzes sind fällige Versicherungsleistungen am Sitze von GENERALI zahlbar. Ist der geltend gemachte Anspruch berechtigt, werden die Versicherungsleistungen nach Vorliegen sämtlicher benötigter Unterlagen bei GENERALI innert vier Wochen in Schweizer Franken erbracht.

5. Finanzierung

5.1 Prämien

5.1.1
Die Prämie ist unabhängig vom Eintrittsalter gemäss der erreichten Altersstufe zu entrichten und kann dem Versicherungsausweis entnommen werden.

5.1.2
Die Prämienpflicht beginnt mit dem Tag an dem der Versicherungsschutz gemäss Versicherungsausweis beginnt. Die Prämien sind vorschüssig geschuldet.

5.1.3
Die Prämien sind bis zum Erreichen des Schlussalters, längstens bis zur Vollinvalidität oder zum Todeszeitpunkt zu entrichten. Vorbehalten bleiben die Befreiung von der Prämienzahlungspflicht sowie die vorzeitige Auflösung.

5.2 Säumnisfolgen

Werden fällige Prämien nicht fristgerecht bezahlt, fordert der Krankenversicherer die versicherte Person unter Hinweis auf die Verzugsfolgen auf, die ausstehenden Prämien inkl. Mahngebühren innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung zu bezahlen. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an. Die Leistungspflicht tritt für künftige Fälle wieder in Kraft, wenn alle Rückstände nachbezahlt sind und der versicherten Person von GENERALI aufgrund einer neuerlichen Gesundheitsprüfung gemäss Ziffer 2.2 der Versicherungsschutz gewährt wird.

5.3 Altersanpassung

Die Prämien richten sich nach dem Tarif für die jeweilige Altersgruppe. Bei Erreichen der nächsthöheren Altersgruppe wird die Prämie an diese entsprechend angepasst. Der Krankenversicherer teilt die neue Prämie spätestens 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres mit.

5.4 Prämienanpassung

GENERALI kann die Prämien des Tarifs jederzeit mit Wirkung ab dem jeweils folgenden Versicherungsjahr ändern. Zu diesem Zweck hat der Krankenversicherer der versicherten Person die neue Prämie spätestens 3 Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres bekannt zu geben.

6. Abtretung und Verpfändung

6.1 Möglichkeit der Abtretung und Verpfändung

Forderungen aus dieser Versicherung können ganz oder teilweise abgetreten oder verpfändet werden. Die Begünstigungsregelungen gemäss Ziffer 3.2.2 werden in diesem Fall ganz oder teilweise hinfällig.

6.2 Anpassung der Versicherungssummen nach Abtretung oder Verpfändung

Sind Forderungen aus dieser Versicherung ganz oder teilweise abgetreten oder verpfändet, so können die im Versicherungsausweis aufgeführten Versicherungssummen nur unter Zustimmung des Abtretungs-Gläubigers bzw. des Pfandnehmers angepasst werden.

6.3 Fälligkeit

Im Falle einer Abtretung oder Verpfändung kann ein Anspruch auf eine Leistung aus dieser Versicherung nur bei deren Fälligkeit geltend gemacht werden.

6.4 Begünstigte

Anspruchsberechtigte Begünstigte einer versicherten Person gemäss Ziffer 3.2.2 erhalten die Leistungen aufgrund ihres direkten Anspruchsrechts auch dann, wenn sie dessen Erbschaft ausschlagen.

6.5 Form der Abtretung und Verpfändung

Abtretung und Verpfändung bedürfen der schriftlichen Form und sind dem Krankenversicherer schriftlich anzuzeigen.

7. Erlöschen der Versicherung

7.1 Voraussetzungen

Die Versicherung erlischt:
a) mit vollständiger Leistungsauszahlung,
b) mit Erreichen des Schlussalters,
c) mit dem Wegfall der Voraussetzungen für die Aufnahme in diese Versicherung gemäss Ziffer 2.1.1,
d) mit der Kündigung durch die versicherte Person,
e) bei Auflösung des Kollektivversicherungsvertrags zwischen dem Krankenversicherer und GENERALI

7.2 Teilaufhebung

Bei teilweiser Leistungsauszahlung bei Invalidität erlischt die Versicherungsdeckung im Rahmen der anerkannten Leistung dem Grad der Invalidität entsprechend.

7.3 Kündigung

Die Versicherung kann jederzeit unter Einhaltung einer einmonatigen Frist auf das Ende eines Monats schriftlich gekündigt werden. Die versicherte Person hat die Kündigung eingeschrieben an den Krankenversicherer zu richten. Die Prämie ist bis zur Vertragsauflösung geschuldet.

7.4 Auflösung des Kollektivversicherungsvertrags

Die Auflösung des Kollektivversicherungsvertrags muss der versicherten Person vom Krankenversicherer spätestens drei Monate vor Erlöschen des Versicherungsschutzes mitgeteilt werden.

7.5 Schadensfall

Im Schadenfall verzichtet GENERALI auf ihr Kündigungsrecht, sofern seitens der versicherten Person keine Anzeigepflichtverletzung begangen wurde.

8. Militärdienst/Krieg

Aktiver Dienst zur Wahrung der schweizerischen Neutralität sowie zur Handhabung von Ruhe und Ordnung im Innern, beides ohne kriegerische Handlungen, gilt als Militärdienst in Friedenszeiten und ist als solcher im Rahmen dieser AVB KTI ohne weiteres in die Versicherung eingeschlossen.
Für den Fall, dass die Schweiz Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen wird, gelten die entsprechenden vom Bundesrat erlassenen Vorschriften. Ein gemäss diesen Vorschriften geschuldeter Umlagebeitrag kann vom Krankenversicherer auf die versicherte Person übertragen werden.

9. Datenschutz

Mit Bezug auf den Datenschutz wird vom Krankenversicherer und GENERALI sichergestellt, dass die im Rahmen der Antragstellung und des Versicherungsvertrages gewonnenen Daten ausschliesslich zur Durchführung des Vertragszwecks bearbeitet werden. Namentlich wird die Einhaltung des Datenschutzgesetzes garantiert. Daten werden physisch und elektronisch so gesichert, dass sie dem Zugriff unberechtigter Dritter entzogen sind.
Die Datenbearbeitung erfolgt ausschliesslich durch Personen, welche in einem Arbeits-/Auftragsverhältnis zu GENERALI respektive zum Krankenversicherer stehen oder durch Personen, die im Rahmen einer Auftragsverpflichtung für GENERALI die ordnungsgemässe Durchführung der Versicherung im Bereich der medizinischen und rechtlichen Leistungskontrolle sowie der Rückversicherung vornehmen. GENERALI, respektive der Krankenversicherer, stellen sicher, dass die zur Datenbearbeitung berechtigten Personen ihre datenschutzrechtlichen Verpflichtungen kennen und sich zu deren Einhaltung verpflichten. Im Rahmen der vertraglich vereinbarten Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht kann GENERALI von der versicherten Person eine Vollmacht einholen, welche eine erweiterte Datenbearbeitung ermöglicht.

10. Schlussbestimmungen

10.1 Inkrafttreten

Diese AVB KTI treten per 1. Januar 2014 in Kraft.

10.2 Bekanntgabe von Änderungen

Änderungen der AVB KTI werden den versicherten Personen mindestens drei Monate vor Inkrafttreten bekannt gegeben.

10.3 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten zwischen der versicherten Person und GENERALI gilt der Gerichtsstand am Wohnsitz beziehungsweise am Sitz des Beklagten, sofern sich dieser in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein befindet. Andernfalls gilt ausschliesslich der Gerichtsstand Zürich.

10.4 Anwendbares Recht

Der Kollektivversicherungsvertrag untersteht Schweizer Recht.

ÖKK

UTI
Unfallversicherung für Tod und Invalidität

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2007

Inhaltsverzeichnis

1. Umfang des Versicherungsschutzes

1.1 Gegenstand der Versicherung und Versicherer
1.2 Grundlagen des Vertrages
1.3 Örtlicher Geltungsbereich
1.4 Versicherte Personen

2. Begriffsbestimmungen

2.1 Versicherungsnehmer und versicherte Person
2.2 Unfall

3. Versicherungsleistungen

3.1 Todesfall
3.2 Invaliditätsfall
3.3 Leistungsbegrenzungen

4. Einschränkungen des Deckungsumfanges

4.1 Ausschlüsse
4.2 Kürzungen
4.3 Herbeiführung des Todes durch einen Anspruchsberechtigten

5. Beginn und Ende des Vertrages

5.1 Vertragsbeginn
5.2 Vertragsdauer
5.3 Vertragsaufhebung

6. Prämie

6.1 Prämienzahlung und Fälligkeit
6.2 Mahnung und deren Folgen
6.3 Prämienänderungen

7. Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall

7.1 Schadenanzeige
7.2 Pflichten des Versicherungsnehmers bzw. Anspruchsberechtigten
7.3 Fälligkeit und Bezahlung der Versicherungsleistungen

8. Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz

8.1 Informationen für den Antragsteller vor Vertragsabschluss
8.2 Datenschutz

9. Schlussbestimmungen

9.1 Verrechnung
9.2 Abtretung und Verpfändung
9.3 Mitteilungen
9.4 Gerichtsstand
9.5 Inkrafttreten/Änderungen der AVB

1. Umfang des Versicherungs schutzes

1.1 Gegenstand der Versicherung und Versicherer

Versicherer und damit Risikoträgerin ist die SOLIDA Versicherungen AG, Zürich. Sie versichert die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen, die der Versicherte während der Vertragsdauer erleidet.

Der in der Police (Versicherungsausweis) genannte Krankenversicherer vermittelt die UTI-Versicherung der SOLIDA Versicherungen AG. Der vermittelnde Versicherer selber übernimmt keine Haftung für irgendwelche Ansprüche.

1.2 Grundlagen des Vertrages

Die Grundlagen des Vertrages bilden alle schriftlichen Erklärungen, die der Versicherungsnehmer, der Versicherte und deren Vertreter im Antrag und in weiteren Schriftstücken abgeben.

Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien sind in der Police, allfälligen Nachträgen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), zusätzlichen Bedingungen (ZB) und besonderen Bedingungen (BB) festgelegt.

Soweit in den vorerwähnten Dokumenten eine Frage nicht ausdrücklich geregelt ist, halten sich die Parteien an das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag bzw. das revidierte VVG, das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) sowie die Aufsichtsverordnung (AVO).

1.3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt, ausserhalb der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein jedoch nur während Reisen und Aufenthalten bis zu zwölf Monaten. Die Versicherung erlischt mit dem Ablauf des Versicherungsmonates, in welchem der Versicherte seinen Wohnsitz ins Ausland verlegt und keine weiteren Zusatzversicherungen beim entsprechenden Krankenversicherer weiterführt.

1.4 Versicherte Personen

Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen.

2. Begriffsbestimmungen

2.1 Versicherungsnehmer und versicherte Person

Ist die Rede von Versicherungsnehmer und versicherter Person, ist immer das weibliche und männliche Geschlecht gemeint.

2.2 Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper.

Folgende abschliessend aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt: Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen und Trommelfellverletzungen.

Als Unfälle gelten auch:
- Gesundheitsschädigungen durch unfreiwilliges Einatmen von Gasen oder Dämpfen und durch versehentliches Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen;
- Ertrinken;
- Die folgenden Gesundheitsschädigungen, sofern der Versicherte sie unfreiwillig erleidet und sie durch ein versichertes Unfallereignis hervorgerufen worden sind: Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen, ausgenommen Sonnenbrand.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Todesfall

Stirbt der Versicherte innert fünf Jahren an den Folgen eines Unfalls, so zahlt die SOLIDA Versicherungen AG die für den Todesfall versicherte Summe unter Abzug der allfällig für denselben Unfall bereits geleisteten Invaliditätsentschädigung.

Die Todesfallhöchstsumme ist für folgenden Personenkreis beschränkt:

Kinder unter 30 Monate alt:	CHF 2'500.–
Kinder unter 19 Jahre alt:	CHF 20'000.–
Erwachsene über 65 Jahre alt:	CHF 20'000.–

3.1.1 Begünstigte im Todesfall

Der Versicherte kann durch schriftliche Mitteilung an den Krankenversicherer, in Abänderung der nachstehenden Regelung, Begünstigte bezeichnen bzw. Berechtigte ausschliessen. Eine solche Erklärung kann jederzeit durch schriftliche Mitteilung an den Krankenversicherer widerrufen oder abgeändert werden. Fehlt es an einer besonderen Bezeichnung, so gelten nacheinander und ausschliesslich als begünstigt:
- der Ehegatte,
- die Kinder, Stief- oder Adoptivkinder,
- die Eltern,
- die Grosseltern,
- die Geschwister und Geschwisterkinder nach Massgabe der gesetzlichen Erbberechtigung.

Sind keine der Anspruchsberechtigten vorhanden, werden nur die Bestattungskosten bis zum Höchstbetrag von 10% der Versicherungssumme für den Todesfall vergütet, im Maximum CHF 10'000.–.

3.1.2 Doppelte Todesfallsumme

Ist der Versicherte verheiratet und führt das gleiche Unfallereignis zum Tod beider Ehegatten, wird zu gleichen Teilen an die hinterbliebenen, minderjährigen oder dauernd erwerbsunfähigen Kinder, Stief- oder Adoptivkinder, die unterstützungsbedürftig sind, noch einmal das versicherte Todesfallkapital ausbezahlt.

3.2 Invaliditätsfall

Tritt als Folge des Unfalls innerhalb von fünf Jahren eine voraussichtlich bleibende medizinisch theoretische Invalidität ein, wird das Invaliditätskapital ausbezahlt, welches sich nach dem Grad der Invalidität, der vereinbarten Versicherungssumme und gewählten Leistungsvariante bestimmt. Eine allenfalls durch das Ereignis eingetretene Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit wird dabei nicht berücksichtigt. Auf das Invaliditätskapital hat ausschliesslich die versicherte Person Anspruch.

3.2.1 Ermittlung des Invaliditätsgrades

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades sind die nachstehenden Grundsätze verbindlich:

a Als Ganzinvalidität gilt der Verlust oder die volle Gebrauchsunfähigkeit beider Arme oder Hände, beider Beine oder Füsse oder der gleichzeitige Verlust einer Hand und eines Fusses, gänzliche Lähmung und völlige Erblindung.

Bei Teilinvalidität wird derjenige Teil der für Ganzinvalidität vorgesehenen Versicherungssumme ausgerichtet, der dem Invaliditätsgrad entspricht. Die Taxierung erfolgt aufgrund der nachfolgenden Prozentsätze:

– 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%
– ein Bein im Oberschenkel	60%
– ein Bein im Kniegelenk oder Unterschenkel	50%
– ein Fuss	45%
– eine Grosszehe	8%
– übrige Zehen je	3%
– Sehkraft eines Auges	30%
– Sehkraft eines Auges, wenn diejenige des anderen Auges vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war	50%
– Gehör auf beiden Ohren	60%
– Gehör auf einem Ohr	15%
– Gehör auf einem Ohr, wenn dasjenige auf dem anderen Ohr vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war	30%
– Geruchsinn	10%
– Geschmacksinn	10%
– Niere	20%
– Milz	5%
– sehr starke schmerzhafte Funktionseinschränkung der Wirbelsäule	50%

b 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 des Versicherten zur Folge hat, vergütet die SOLIDA

- 10% der in der Police für Invalidität vereinbarten Versicherungssumme (ohne Progression) bei Verunstaltung des Gesichtes und /oder
- 5% bei Verunstaltung anderer normalerweise sichtbarer Körperteile.

Die Leistung für ästhetische Schäden wird auf CHF 20'000.– begrenzt.

c Bei nur teilweisem Verlust oder nur teilweiser Gebrauchsunfähigkeit gilt ein entsprechend geringerer Invaliditätsgrad.

d Die vollständige Gebrauchsunfähigkeit von Gliedern oder Organen wird dem Verlust gleichgestellt.

e Bei vorstehend nicht aufgeführten Fällen erfolgt die Festsetzung des Invaliditätsgrades aufgrund ärztlicher Feststellung in Anlehnung an die gängigen Tabellen «Integritätsentschädigung gemäss UVG (Bundesgesetz über die Unfallversicherung)».

f Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile wird der Invaliditätsgrad, welcher aber höchstens 100% betragen kann, in der Regel durch Addition der Prozentsätze ermittelt.

g Erschwerung der Unfallfolgen zufolge vorbestandener Körpermängel berechtigt nicht zu einer höheren Entschädigung als wenn der Unfall eine körperlich unversehrte Person betroffen hätte.

Waren Körperteile schon vor dem Unfall ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, so wird bei Feststellung des Invaliditätsgrades der schon vorhandene, nach obigen Grundsätzen bestimmte Invaliditätsgrad abgezogen.

h Die Feststellung des Invaliditätsgrades geschieht erst aufgrund des voraussichtlich als bleibend erkannten Zustandes des Versicherten, spätestens aber fünf Jahre nach dem Unfall.

3.2.2 Ermittlung des Invaliditätskapitals

Das Invaliditätskapital wird wie folgt ermittelt:

für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades	aufgrund der **einfachen** Versicherungssumme
für den 25% nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades	aufgrund der **dreifachen** Versicherungssumme
für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades	aufgrund der **fünffachen** Versicherungssumme

Die Leistung in Prozenten der für Invalidität vereinbarten Versicherungssumme wird demnach wie folgt erbracht:

Invaliditätsgrad	Leistung	Invaliditätsgrad	Leistung	Invaliditätsgrad	Leistung
26%	28%	51%	105%	76%	230%
27%	31%	52%	110%	77%	235%
28%	34%	53%	115%	78%	240%
29%	37%	54%	120%	79%	245%
30%	40%	55%	125%	80%	250%
31%	43%	56%	130%	81%	255%
32%	46%	57%	135%	82%	260%
33%	49%	58%	140%	83%	265%
34%	52%	59%	145%	84%	270%
35%	55%	60%	150%	85%	275%
36%	58%	61%	155%	86%	280%
37%	61%	62%	160%	87%	285%
38%	64%	63%	165%	88%	290%
39%	67%	64%	170%	89%	295%
40%	70%	65%	175%	90%	300%
41%	73%	66%	180%	91%	305%
42%	76%	67%	185%	92%	310%
43%	79%	68%	190%	93%	315%
44%	82%	69%	195%	94%	320%
45%	85%	70%	200%	95%	325%
46%	88%	71%	205%	96%	330%
47%	91%	72%	210%	97%	335%
48%	94%	73%	215%	98%	340%
49%	97%	74%	220%	99%	345%
50%	100%	75%	225%	100%	350%

3.2.3 Auszahlung in Rentenform

Hat der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalls das 65. Altersjahr vollendet, so wird die Versicherungsleistung für dauernde Invalidität im Sinne der vorstehenden Bestimmungen in Form einer lebenslänglichen Rente ausbezahlt. Im Maximum gelangt die einfach versicherte Summe zur Auszahlung, d. h. ohne Progression. Die Rente wird endgültig festgesetzt und ist vierteljährlich zum voraus zahlbar. Pro CHF 1'000.– Invaliditätskapital beträgt sie pro Jahr:

Alter	Jahresrente
66	CHF 86.–
67	CHF 89.–
68	CHF 93.–
69	CHF 96.–
70	CHF 100.–
darüber	CHF 125.–

Anspruchsberechtigt ist ausschliesslich die versicherte Person.

3.3 Leistungsbegrenzungen

3.3.1 Leistungen bei Flugunfällen
Für Unfälle, die der Versicherte bei Flügen erleidet, sind die für den Todes- und Invaliditätsfall versicherten Leistungen der SOLIDA Versicherungen AG aus allen bei ihr zugunsten des Versicherten abgeschlossenen Unfallversicherungen, soweit sie das Flugrisiko ohne besondere Prämie decken, beschränkt auf CHF 500'000.– im Todesfall und CHF 1'000'000.– bei Invalidität mit einem Grad von 100%, mit entsprechender Abstufung bei geringeren Invaliditätsgraden.

3.3.2 Höchstversicherungssummen
Für Kinder bis zum vollendeten 30. Lebensmonat beträgt die Höchstversicherungssumme für den Todesfall CHF 2'500.–, für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr CHF 20'000.–.

Für Versicherte nach vollendetem 65. Altersjahr gelten folgende Höchstversicherungssummen:

Tod	CHF 20'000.–
Invalidität (ohne Progression)	CHF 100'000.–

Bestehende höhere Versicherungen werden nach Erreichen dieser Altersgrenze entsprechend herabgesetzt.

3.3.3 Höchstalter
Neuabschlüsse und Erhöhungen der Versicherungssumme können bis zum vollendeten 65. Altersjahr vorgenommen werden.

4. Einschränkungen des Deckungsumfanges

4.1 Ausschlüsse

Von der Versicherung ausgeschlossen sind Unfälle

- infolge Krieg, Bürgerkrieg und /oder kriegsähnlichen Zuständen
  - in der Schweiz, im Fürstentum Liechtenstein und /oder angrenzenden Staaten,
  - im Ausland, es sei denn, der Unfall ereigne sich innert einer Frist von 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in welchem der Versicherte sich aufhält und er sei vom Ausbruch von kriegerischen Ereignissen dort überrascht worden;
- infolge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- infolge aussergewöhnlicher Gefahren. Als solche gelten:
  - ausländischer Militärdienst,
  - Teilnahme an kriegerischen Handlungen,Terrorakten, Ausübung von Verbrechen,
  - die Folgen von Unruhen aller Art, es sei denn, der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
- infolge vorsätzlicher Begehung von Verbrechen oder Vergehen durch den Versicherten oder dem Versuch dazu;
- infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Nuklearenergie;
- bei welchen der Versicherte einen Blutalkoholgehalt von 2 Gewichtspromillen oder mehr aufweist, es sei denn, es bestehe offensichtlich kein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Trunkenheit und dem Unfall;
- als Folge von Wagnissen (Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich der Versicherte einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne die Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken);
- bei der Benützung von Luftfahrzeugen als Militärpilot, sonstiges militärisches Besatzungsmitglied und Fallschirmgrenadier;
- bei militärischen Fallschirmabsprüngen;
- bei Luftfahrten, wenn der Versicherte vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder nicht im Besitze der amtlichen Ausweise und Bewilligungen ist.

Von der Versicherung ausgeschlossen sind

- Selbsttötung oder Gesundheitsschädigungen am eigenen Körper, die der Versicherte absichtlich oder im Zustand voller oder teilweiser Urteilsunfähigkeit herbeigeführt hat;
- Gesundheitsschädigungen infolge absichtlicher Einnahme oder Injektion von Medikamenten, Drogen und chemischer Produkte;
- Gesundheitsschädigung als Folge ärztlicher oder chirurgische Eingriffe, die nicht durch einen versicherten Unfall notwendig wurden.

4.2 Kürzungen

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

4.2.2 Fremde Unfallfaktoren
Beeinflussen fremde Faktoren den Verlauf eines versicherten Unfalls, so leistet der Versicherer lediglich einen aufgrund einer ärztlichen Beurteilung festzulegenden Teil der vereinbarten Leistungen.

4.2.3 Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall
Bei schuldhafter Verletzung der dem Versicherungsnehmer oder Anspruchsberechtigten obliegenden Verpflichtungen ist der Versicherer befugt, die Entschädigung um den Betrag zu kürzen, um den sie sich bei rechtzeitiger Anzeige gemindert haben würde (siehe Ziffer 7.1 und 7.2).

4.3 Herbeiführung des Todes durch einen Anspruchsberechtigten

Hat eine zum Bezug des Todesfallkapitals berechtigte Person den Tod des Versicherten absichtlich bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt, so hat sie keinen Anspruch auf die Todesfallsumme. Diese wird den anderen Bezugsberechtigten im Sinne von Ziffer 3.1.1 ausgerichtet.

5. Beginn und Ende des Vertrages

5.1 Vertragsbeginn

Der Versicherungsschutz beginnt an dem in der Police oder in der schriftlichen Antragsannahmebestätigung des Krankenversicherers vereinbarten Datum. Der Antragsteller bleibt 14 Tage an den Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit der Übergabe oder Absendung des Antrages an den Versicherer.

5.2 Vertragsdauer

Für den Versicherten gilt die in der Police vereinbarte Dauer. Die Mindestvertragsdauer beträgt ein Jahr. Nach Ablauf der vereinbarten Dauer verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, sofern er vom Versicherungsnehmer nicht fristgerecht gekündigt wird (siehe Ziffer 5.3.1).

5.3 Vertragsaufhebung

5.3.1 Kündigungsfrist
Der Versicherte kann die Versicherung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres kündigen.

5.3.2 Kündigung bei Unfall
Nach jedem Unfall, für den eine Leistung zu erbringen ist, kann der Versicherungsnehmer spätestens 14 Tage, nachdem er von der Auszahlung Kenntnis erhalten hat, den Vertrag schriftlich kündigen. Der Vertrag erlischt mit dem Eintreffen der Kündigung beim Krankenversicherer. Bei vorzeitiger Vertragsaufhebung wird dem Versicherten die nicht verbrauchte Prämie zurückerstattet.

5.3.3 Kündigung bei Prämienanpassung
Bei Anpassung der Prämien an neue Tarife hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag in seiner Gesamtheit auf das Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Macht er davon Gebrauch, so erlischt der Vertrag in dem von ihm bestimmten Umfang mit dem Ablauf des Versicherungsjahres. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres beim Krankenversicherer eintreffen.

6. Prämie

6.1 Prämienzahlung und Fälligkeit

Die Prämien sind im Voraus auf den in der Police genannten Zeitpunkt zu entrichten.

6.2 Mahnung und deren Folgen

Wird die Prämie, innerhalb von 30 Tagen vom Verfalldatum an gerechnet, nicht entrichtet, fordert der Krankenversicherer den Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die Verzugsfolgen schriftlich auf, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an. Die Leistungspflicht tritt wieder in Kraft, wenn alle Rückstände nachbezahlt und vom Krankenversicherer angenommen sind.

6.3 Prämienänderungen

Der Versicherungsnehmer hat in den zwei folgenden Fällen (siehe Ziffer 6.3.1 und 6.3.2) das Recht, den Vertrag auf das Ende des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am letzten Tag des Versicherungsjahres bei dem Krankenversicherer eintreffen (siehe auch Ziffer 5.3.1). Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

6.3.1 Tarifanpassungen
Ändern die Prämien des Tarifes, kann der Versicherer die Anpassung des Vertrages mit Wirkung ab folgendem Versicherungsjahr verlangen. Zu diesem Zweck hat sie dem Versicherungsnehmer die neue Prämie bzw. die neuen Vertragsbedingungen spätestens 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres bekanntzugeben.

6.3.2 Altersanpassungen
Die Prämien richten sich nach dem Tarif für die jeweilige Altersgruppe und werden bei Vollendung der Altersgruppe an die nächsthöhere angepasst. Der Krankenversicherer teilt die neue Prämie dem Versicherungsnehmer 25 Tage vor Ablauf des Versicherungsjahres mit.

7. Ansprüche und Obliegenheiten im Schadenfall

7.1 Schadenanzeige

Jeder Versicherungsfall, der voraussichtlich Anspruch auf Versicherungsleistungen gibt, ist dem Krankenversicherer unverzüglich nach Eintritt des Ereignisses zu melden.

Bei einem Todesfall ist der Krankenversicherer unverzüglich, spätestens aber innert 48 Stunden elektronisch, mündlich oder schriftlich zu benachrichtigen.

7.2 Pflichten des Versicherungsnehmers bzw. Anspruchsberechtigten

Der Versicherungsnehmer bzw. Anspruchsberechtigte tut alles, was der Abklärung des Unfalls und dessen Folgen dienen kann. Insbesondere hat der Versicherte die Ärzte, die ihn behandeln oder behandelt haben, von der beruflichen Schweigepflicht dem Versicherer gegenüber zu entbinden.

Schuldhafte Verletzung der Obliegenheiten haben Entschädigungskürzungen gemäss Ziffer 4.2.3 für den Versicherungsnehmer oder Versicherten zur Folge.

7.3 Fälligkeit und Bezahlung der Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen werden nach vier Wochen fällig, nachdem der Versicherer alle Angaben und ärztlichen Zeugnisse erhalten hat, mit denen er sich von der Richtigkeit und vom Umfang des Anspruchs überzeugen kann. Anspruchsberechtigt ist, mit Ausnahme der Todesfallsumme gemäss Ziffer 3.1.1, die versicherte Person.

8. Informationen gemäss Versicherungsvertragsgesetz

8.1 Informationen für den Antragsteller vor Vertragsabschluss

Der Krankenversicherer orientiert den Antragsteller vor Abschluss des Versicherungsvertrages durch Abgabe des Antragformulars sowie sämtlicher Vertragsbedingungen und Prospekte, welche die beantragten Versicherungen betreffen, über den Inhalt des Versicherungsvertrags, namentlich die versicherten Risiken, den Umfang des Versicherungsschutzes, die weiteren Pflichten des Versicherungsnehmers und die Identität des Versicherers.

8.2 Datenschutz

Mit Bezug auf den Datenschutz wird sichergestellt, dass die im Rahmen der Antragstellung und des Versicherungsvertrages gewonnenen Daten ausschliesslich zur Durchführung des Vertragszwecks bearbeitet werden. Namentlich wird die Einhaltung des Datenschutzgesetzes garantiert. Daten werden physisch und elektronisch so gesichert, dass sie dem Zugriff unberechtigter Dritter entzogen sind.

Die Datenbearbeitung erfolgt ausschliesslich durch Personen, welche in einem Arbeitsverhältnis zum Versicherer respektive zum Krankenversicherer stehen oder Personen, die im Rahmen einer Auftragsverpflichtung für den Versicherer die ordnungsgemässe Durchführung der Versicherung im Bereich der medizinischen und rechtlichen Leistungskontrolle sowie der Rückversicherung vornehmen. Der Versicherer respektive der Krankenversicherer stellt sicher, dass die zur Datenbearbeitung berechtigten Personen ihre datenschutzrechtlichen Verpflichtungen kennen und sich zu deren Einhaltung verpflichten. Im Rahmen der vertraglich vereinbarten Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht kann der Versicherer vom Versicherten eine Vollmacht einholen, welche eine erweiterte Datenbearbeitung ermöglicht.

9. Schlussbestimmungen

9.1 Verrechnung

Der Krankenversicherer hat das Recht, fällige Ersatzleistungen mit ihm vom Versicherungsnehmer geschuldeten Prämien zu verrechnen.

9.2 Abtretung und Verpfändung

Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können vor ihrer endgültigen Festsetzung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

9.3 Mitteilungen

Alle Mitteilungen sind an den Krankenversicherer zu richten, ausgenommen die versicherte Person oder deren Angehörigen wurden im Schadenfall bereits direkt von der SOLIDA Versicherungen AG als Versicherer kontaktiert. Die SOLIDA Versicherungen AG anerkennt alle Mitteilungen an den Krankenversicherer als an sie selbst erfolgt.

Alle Mitteilungen seitens des Krankenversicherers oder der SOLIDA Versicherungen AG erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

9.4 Gerichtsstand

Die SOLIDA Versicherungen AG anerkennt als Gerichtsstand ihren Direktionssitz oder den schweizerischen Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder Versicherten.

9.5 Inkrafttreten/Änderungen der AVB

Diese AVB treten per 01.01.2007 für Unfälle, welche sich ab diesem Datum ereignen, in Kraft.