Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Produktlinie ÖKK UNO

Ausgabe 2020

ÖKK

Gemeinsame Bestimmungen

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2020

INHALTSVERZEICHNIS

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

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Grundsatz

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

1.2 Versicherungsträger

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

Versicherungsträgerin der Gesundheitsrechtsschutzversicherung ÖKK PROTECT und der Reiserechtsschutzversicherung von ÖKK TOURIST ist die Coop Rechtsschutz AG, Aarau.

Versicherungsträgerin der Annullierungskosten-Versicherung sowie der Reisegepäck-Versicherung von ÖKK TOURIST ist die Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, St. Gallen. Zuständig für diese Versicherungen ist die Europäische Reiseversicherung, Zweigniederlassung der Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, mit Sitz in Basel.

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

Versicherungsträgerin der ÖKK Risikokapitalversicherung bei Tod oder Invalidität durch Krankheit ist die Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG, Basel.

1.3 Gegenstand der Versicherung

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

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

1.4 Allgemeine Versicherungsbedingungen

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

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

1.5 Bedingungen für die Kollektivversicherung

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

Die Bestimmungen im Kollektivvertrag gehen den AVB ÖKK UNO vor.

1.6 Versicherungsvertragsgesetz

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

2. Versicherungsabteilungen

2.1 Versicherungsmöglichkeiten

Die Versicherungsabteilungen nach diesen AVB ÖKK UNO sind:

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

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

2.2 Gewählte Versicherungsabteilungen

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

3. Versicherte Personen

3.1 Einzelversicherung

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

3.2 Kollektivversicherung

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

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen oder Personengruppen.

4. Beginn und Dauer der Versicherung

4.1 Verfahren bei Versicherungsabschluss

4.1.1 Antrag

Der Antrag auf Versicherungsabschluss erfolgt schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht. Die auf dem Formular gestellten Fragen sind durch die antragstellende Person vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.

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

4.1.2 Auskunftspflicht

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

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

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

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

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

4.1.3 Unterlagen, Dokumente

Bei Versicherungsabschluss erhält der Versicherungsnehmer:

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

4.1.4 Widerrufsrecht

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

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

4.2 Beginn der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem auf der Versicherungspolice bestätigten Datum.

4.3 Dauer der Versicherung

4.3.1 Im Allgemeinen

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

4.3.2 Längere Versicherungsdauer

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

4.3.3 Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses

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

4.3.4 Verlängerung der Versicherung

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

4.4 Änderung der Versicherung

4.4.1 Änderung durch den Versicherungsnehmer

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

Bei Herabsetzung der Versicherungsdeckung gelten die Bestimmungen über die Kündigung.

4.4.2 Änderung durch den Versicherer

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

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

4.5 Sistierung der Versicherung

4.5.1 Voraussetzung

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

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

4.5.2 Dauer und Umfang der Sistierung

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

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

Bei Auslandaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

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

5. Beendigung der Versicherung

5.1 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

5.1.1 Ordentliche Kündigung

Die Versicherung bzw. eine Versicherungsabteilung kann jeweils bis spätestens 30. September auf den 31. Dezember schriftlich gekündigt werden. Abweichende Kündigungsbestimmungen in den einzelnen Versicherungsabteilungen bleiben vorbehalten.

5.1.2 Kündigung im Schadenfall

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

5.1.3 Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages

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

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

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

5.1.4 Kündigungseingang
Bei Kündigung ist das Datum des Kündigungseingangs beim Versicherer massgebend (und nicht das Datum des Poststempels). Dies gilt sinngemäss für die Wahrnehmung des Übertrittsrechtes in die Einzelversicherung.

5.2 Kündigungsverzicht durch den Versicherer
Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf sein gesetzliches Recht, auf Vertragsablauf zu kündigen oder im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten.

Ausgenommen bleiben
- das Kündigungsrecht bei Kollektivverträgen und
- der Rücktritt vom Vertrag bei einer Anzeigepflichtverletzung bei Antragstellung sowie bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch.

5.3 Übrige Beendigungsgründe
Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

a) beim Tod der versicherten Person
b) bei Wegzug ins Ausland (ausser wenn die Versicherung sistiert wurde)
c) bei Erreichen der für den Versicherungsschutz gesetzten Altersgrenze
d) bei endgültiger Erschöpfung der Bezugsrechte für sämtliche Leistungen in einer Versicherungsabteilung
e) wenn der Vertrag nach Erreichen der maximalen Versicherungsdauer in ÖKK MONDIAL oder bei Sistierung nicht verlängert wird
f) in den gesetzlich vorgesehenen Fällen, insbesondere bei ausstehender Prämie oder Kostenbeteiligung (siehe dazu Ziff. 8.3.2.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.1.10.2 Vertragsspital
Eine Institution, mit der der Versicherer Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat oder deren Tarife vom Versicherer anerkannt sind.
Eine Liste dieser anerkannten Institutionen kann beim Versicherer eingesehen werden.

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

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

6.1.12 Zahnarzt

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

6.2 Leistungsbereich

6.2.1 Örtlicher Leistungsbereich

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

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

6.2.2 Zeitlicher Leistungsbereich

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

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

6.3 Versicherte Leistungen

6.3.1 Leistungsumfang

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

6.3.2 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

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

Der Versicherer kann zum Zwecke der optimalen Betreuung seiner versicherten Personen mit den zugelassenen Leistungserbringern begleitende Massnahmen vereinbaren, mit dem Ziel durch verbesserte Zusammenarbeit mit und der Koordination zwischen den Leistungserbringern und dem Versicherer die für die versicherte Person wirksamste, zweckmässigste und wirtschaftlichste Behandlung sicherzustellen. Der Versicherer kann mit der Durchführung dieser Massnahmen einen Gesundheitsberater beauftragen.

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

6.3.3 Behandlungen durch anerkannte medizinische Leistungserbringer

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

6.4 Leistungsbeschränkungen

6.4.1 Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

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

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

Die Deckungseinschränkung wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt.

6.4.2 Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht

a) bei Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss schon bestanden haben und vom Versicherer von der Versicherung ausgeschlossen wurden;
b) bei Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Antragstellung schon bestanden haben und nicht oder nur unvollständig angegeben wurden;
c) während einer Karenzfrist;
d) wenn eine Behandlung nicht zur Behebung einer Gesundheitsstörung oder deren Folgen dient. Vorbehalten bleiben Massnahmen, die den drohenden Eintritt oder die Verschlimmerung einer Gesundheitsstörung verhindern, wenn bereits ein krankhafter Zustand vorliegt;
e) bei Behandlungen durch einen vom Versicherer nicht anerkannten Leistungserbringer;
f) bei Zahnbehandlungen, soweit in der abgeschlossenen Versicherungsabteilung die Deckung nicht ausdrücklich geregelt ist;
g) bei Sistierung der Versicherung;
h) bei Zahlungsverzug vom Ablauf der Mahnfrist an bis zur vollständigen Bezahlung sämtlicher Verpflichtungen;
i) bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst;
j) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage zurückliegt;
k) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten;
l) bei Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen;
m) bei Gesundheitsschädigungen als Folge industrieller Grossschadensereignisse oder bei Schädigungen aus Atomenergie;
n) bei Organtransplantationen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Anhang 1 zur Transplantationschirurgie, unabhängig davon, wo die Transplantation durchgeführt wird;
o) bei gesetzlichen und vereinbarten Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und
p) bei epidemischen Erkrankungen.

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

6.4.3 Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden

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

7. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

7.1 Meldepflicht

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

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

7.2 Schadenminderung

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

Die versicherte Person unterstützt im Rahmen begleitender Massnahmen des Versicherers die Tätigkeit des Gesundheitsberaters und erteilt ihm die notwendigen Auskünfte.

7.3 Auskunftspflicht

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

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

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

Bei nicht handlungsfähigen Personen hat der Versicherungsnehmer die Beachtung der Auskunftspflicht durchzusetzen.

8. Prämien und Zahlungen

8.1 Prämienfestsetzung

8.1.1 Im Allgemeinen

Die Prämien werden in einem Prämientarif pro Versicherungsabteilung festgesetzt.

8.1.2 Prämienhöhe

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

Prämienänderungen infolge Wechsels der Risikogruppe erfolgen automatisch.

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

Für sistierte Versicherungen wird eine reduzierte Prämie erhoben.

8.1.3 Prämienrabatte und Prämienerlasse

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

Familienrabatt

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

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

Prämienerlass

Der Versicherer kann ab dem dritten Kind für Zusatzversicherungen Prämienbefreiungen gewähren, wenn es

- mit einem Elternteil und den beiden älteren Geschwistern im selben Haushalt wohnt;
- in derselben Familienpolice beim Versicherer versichert ist;
- beim Versicherer grundversichert ist;
- die beiden älteren Geschwister beim Versicherer grund- und mindestens gleichwertig zusatzversichert sind und
- das Elternteil beim Versicherer grundversichert und in einer ambulanten oder stationären Heilungskostenversicherung des Versicherers zusatzversichert ist.

8.2 Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung

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

Die Prämien werden zudem beim Wechsel in die nächsthöhere Altersgruppe angepasst.

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

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

Verliert die versicherte Person bei unveränderten Rabattbedingungen ihren Rabattanspruch, gilt dies nicht als Prämienanpassung. Ändern sich die Rabattbedingungen, besteht Kündigungsrecht.

Eine Tarifänderung aufgrund eines Wohnsitzwechsels gilt nicht als Prämienanpassung.

8.3 Prämienzahlung

8.3.1 Fälligkeit

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

8.3.2 Mahnung und Verzugsfolgen

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

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

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

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

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

8.4 Überschussbeteiligung

8.4.1 Grundsatz

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

8.4.2 Voraussetzung

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

8.4.3 Auszahlung

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

8.5 Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR)

8.5.1 Grundsatz

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

8.5.2 Abteilungen mit Leistungsfreiheits-Rabatt

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

8.5.3 Beobachtungsperiode

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

8.5.4 Rabattstufen

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

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

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

8.5.5 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

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

8.5.6 Stufenanpassung bei Leistungsbezug

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

8.5.7 Mutterschaftsleistungen

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

8.5.8 Höherversicherung

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

8.6 Sonstige Zahlungsbestimmungen

8.6.1 Verrechnung

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

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

8.6.2 Verpfändung und Abtretung

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

8.6.3 Leistungsauszahlung

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

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

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

Zu Unrecht bezogene Leistungen werden durch den Versicherer zurückgefordert.

8.6.4 Verjährung

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

9. Leistungen Dritter

9.1 Subsidiarität

9.1.1 Im Allgemeinen

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

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

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

9.1.3 Mehrfachversicherung
Sind mehrere Versicherer leistungspflichtig, wird berechnet, wieviel jeder Versicherer bei alleiniger Leistungspflicht zu zahlen hätte. Dies gilt auch, wenn die Leistungspflicht der anderen Versicherer nur subsidiär besteht. Die nach diesen AVB ÖKK UNO zu leistende Entschädigung ist begrenzt auf denjenigen Anteil an der Gesamtversicherungssumme, der dieser Deckung entspricht.

9.1.4 Leistungsverzicht
Verzichtet die versicherte Person ohne Zustimmung des Versicherers ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht nach diesen AVB ÖKK UNO. Als Verzicht gilt auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruches.

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

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

9.4 Überversicherung
Der versicherten Person darf aus den Leistungen nach diesen AVB ÖKK UNO unter Berücksichtigung der Leistungen von Dritten kein Gewinn erwachsen. Bei einer Überversicherung werden die Leistungen entsprechend gekürzt.

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

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

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

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

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

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

Bei Auslandaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

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

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

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

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

ÖKK TOURIST

ÖKK Versicherungen AG
Coop Rechtsschutz AG
Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG
Ausgabe 1.1.2020

INHALTSVERZEICHNIS

VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN 60

1. Versicherungsträger 60

2. Gemeinsame Bestimmungen 60

3. Zweck 60

4. Versicherungsmöglichkeiten 60

5. Versicherungsabschluss 60

6. Versicherte Personen 60

6.1 Einzelversicherung 60
6.2 Familienversicherung 60

7. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung 60

8. Auflösung des Kollektivvertrages 60

9. Kostenbeteiligung 60

10. Leistungsbeschränkungen 60

10.1 Grundsatz 60
10.2 Übersetze Rechnungsstellung 60

11. Verjährung 60

HEILUNGSKOSTEN & PERSONEN-ASSISTANCE 61

1. Leistungsvoraussetzung 61

2. Örtlicher Geltungsbereich 61

3. Zeitlicher Geltungsbereich 61

4. Versicherungsleistungen 61

4.1 Heilungskosten 61
4.2 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen 61
4.3 Besuchsreise und Reisemehrkosten 61
4.4 Deckungssumme 61
4.5 Service-Dienstleistungen 61
4.6 Leistungsausschluss 62

5. Pflichten im Schadenfall 62

5.1 Benachrichtigung der ÖKK Notrufzentrale 62
5.2 Entbindung von der Schweigepflicht 62
5.3 Geltendmachung des Anspruchs 62
5.4 Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts 62

6. Leistungen Dritter 62

6.1 Im Allgemeinen 62
6.2 Leistungsverzicht 62
6.3 Sozialversicherungen 62
6.4 Bestehende Versicherungen beim Versicherer 62
6.5 Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen 62

REISERECHTSSCHUTZ 63

1. Örtlicher Geltungsbereich 63

2. Zeitlicher Geltungsbereich 63

3. Versicherte Eigenschaften 63

4. Versicherte Reiserechtsschutz-Fälle 63

5. Versicherungsleistungen 63

6. Ausschlüsse 63

7. Anmeldung eines Rechtsschutzfalles 63

8. Abwicklung eines Rechtsschutzfalles 64

9. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten 64

10. Gerichtsstand 64

ANNULLIERUNGSKOSTEN 65

1. Örtlicher Geltungsbereich 65

2. Zeitlicher Geltungsbereich 65

3. Versicherte Ereignisse 65

4. Versicherungsleistungen 65

4.1 Grundsatz 65
4.2 Annullierungskosten 65
4.3 Mehrkosten 65
4.4 Unbenützte Reiseleistung 65
4.5 Deckungssummen 65
4.6 Leistungsausschluss 65
4.7 Chronisch Kranke 66
4.8 Forderungsabtretung 66
4.9 Haftung Versicherungsträger 66

5. Verhaltenspflichten auf Reisen 66

6. Pflichten im Schadenfall 66

7. Gerichtsstand 66

REISEGEPÄCK 67

1. Örtlicher Geltungsbereich 67

2. Zeitlicher Geltungsbereich 67

3. Versicherte Gegenstände 67

4. Nicht versicherte Gegenstände 67

5. Versicherte Ereignisse 67

6. Versicherungsleistungen 67

6.1 Leistungsumfang 67
6.2 Deckungssummen 67
6.3 Leistungsausschluss 67
6.4 Forderungsabtretung 68
6.5 Haftung Versicherungsträger 68

7. Verhaltenspflichten auf Reisen 68

8. Pflichten im Schadenfall 68

9. Gerichtsstand 68

VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

1. Versicherungsträger

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

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

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

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

2. Gemeinsame Bestimmungen

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

3. Zweck

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

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

Massgebend für die Deckung sind die nachfolgenden Leistungsbestimmungen.

4. Versicherungsmöglichkeiten

Folgende Module können innerhalb ÖKK TOURIST abgeschlossen werden:

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

5. Versicherungsabschluss

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

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

6. Versicherte Personen

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

6.1 Einzelversicherung

Versichert ist die auf der Versicherungspolice aufgeführte Person.

6.2 Familienversicherung

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

7. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

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

8. Auflösung des Kollektivvertrages

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

9. Kostenbeteiligung

Auf Leistungen aus ÖKK TOURIST wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

10. Leistungsbeschränkungen

10.1 Grundsatz

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

10.2 Übersetze Rechnungsstellung

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

11. Verjährung

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

HEILUNGSKOSTEN & PERSONEN-ASSISTANCE

1. Leistungsvoraussetzung

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung zweckmässig und aus medizinischen Gründen notwendig ist sowie von Personen durchgeführt wird, die über die hierzu notwendige Bewilligung verfügen.

2. Örtlicher Geltungsbereich

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

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

3. Zeitlicher Geltungsbereich

Die Leistungen werden nur solange erbracht, als ein Heimtransport medizinisch nicht zumutbar ist.

Die Leistungspflicht für während der Versicherungsdauer aufgetretene Krankheiten und Unfälle erlischt in jedem Fall spätestens 91 Tage nach Ablauf der Versicherung.

4. Versicherungsleistungen

4.1 Heilungskosten

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

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

Gedeckt sind Krankheit, Unfall und frühzeitige Geburt zu den ortsüblichen bzw. vertraglich vereinbarten Tarifen. Als frühzeitig gilt die Geburt, wenn sie unvorhergesehen und mehr als sechs Wochen vor dem ärztlich bescheinigten Geburtstermin eintritt.

Die für die Schweiz geltende gesetzliche Kostenbeteiligung ist nicht versichert.

4.2 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

Wenn eine versicherte Person ernsthaft erkrankt, schwer verunfallt oder stirbt, erbringt der Versicherer – gestützt auf einen medizinischen Befund – folgende durch die ÖKK Notrufzentrale organisierten Leistungen und bezahlt die Kosten für

a) medizinisch notwendige Rettungsaktionen und Nottransporte in einem zweckdienlichen Transportmittel bis zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort,
b) Suchaktionen, die im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung der versicherten Person unternommen werden sowie Bergungsaktionen bis insgesamt CHF 20'000 pro versicherte Person,
c) medizinisch notwendigen Rücktransport der versicherten erkrankten oder verunfallten Person in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung und
d) den Rücktransport der verstorbenen Person an deren Wohnort.

4.3 Besuchsreise und Reisemehrkosten

4.3.1 Besuchsreise

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

4.3.2 Extra-Rückreise

Wenn eine versicherte Person bei medizinischer Notwendigkeit aus dem Ausland in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung zurücktransportiert werden muss, organisiert die ÖKK Notrufzentrale die Extra-Rückreise von versicherten mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

Wenn eine versicherte Person erkrankt oder verunfallt und aufgrund eines Spitalaufenthalts die geplante Heimreise nicht antreten kann, organisiert die ÖKK Notrufzentrale die Extra-Rückreise der versicherten Person, von versicherten mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

4.4 Deckungssumme

4.4.1 ÖKK TOURIST 50/100

Die Deckungssumme beträgt für sämtliche Leistungen insgesamt CHF 50'000 pro versicherte Person, jedoch maximal CHF 100'000 pro versicherte Familie.

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

4.4.2 ÖKK TOURIST 250/500

Die Deckungssumme beträgt für sämtliche Leistungen insgesamt CHF 250'000 pro versicherte Person, jedoch maximal CHF 500'000 pro versicherte Familie.

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

4.5 Service-Dienstleistungen

4.5.1 Kostenvorschuss an ein Spital

Wenn eine versicherte Person im Ausland hospitalisiert werden muss, leistet der Versicherer, falls notwendig, einen Vorschuss an die Spitalkosten bis CHF 20'000. Ist ein Teil des vorgeleisteten Betrages durch die bestehende Versicherung nicht gedeckt, wird dieser der versicherten Person in Rechnung gestellt. Der eingeforderte Betrag ist innert 30 Tagen zurückzubezahlen.

4.5.2 Benachrichtigung von Personen zu Hause

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

4.5.3 Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland

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

4.5.4 Medizinische Beratung durch Ärzte

Wenn eine versicherte Person während der Reise ärztliche Hilfe benötigt und diese an ihrem Aufenthaltsort nicht angefordert werden kann, leisten die Ärzte der ÖKK Notrufzentrale medizinische Beratung. Diese Beratung ist lediglich ein Ratschlag und darf in keinem Fall als Diagnose betrachtet werden.

4.6 Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht

a) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Reiseantritt bestanden haben,
b) wenn sich die versicherte Person zum Zwecke von Behandlungen, Pflege oder Geburt ins Ausland begeben hat,
c) wenn die ÖKK Notrufzentrale zu Suchaktion, Rücktransport, Besuchs- oder Extra-Rückreise nicht vorgängig ihre Zustimmung erteilt hat,
d) bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst,
e) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage zurückliegt,
f) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten,
g) bei grobfahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls, insbesondere infolge Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten oder anderer Drogen,
h) bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, d.h. wenn sich die versicherte Person einer Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass reduzieren. Ausgenommen sind Rettungshandlungen zugunsten von Personen. Als Wagnis im Sinne dieser Bestimmung gilt insbesondere die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen oder an einem Training dazu und
i) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde, auch als Folge von Selbsttötung, Selbsttötungsversuch oder Selbstverletzungen.

Werden der Nottransport oder die Heimschaffung durch externe Umstände wie Streik, Wirren, Gewaltakte, industrielle Grossschadensereignisse, Radioaktivität, Naturkatastrophen, epidemische Krankheiten oder höhere Gewalt verunmöglicht, kann deren Organisation und Durchführung nicht verlangt werden.

5. Pflichten im Schadenfall

5.1 Benachrichtigung der ÖKK Notrufzentrale

Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall und frühzeitiger Geburt im In- und Ausland, welche eine Hospitalisation oder Hilfsmassnahmen erforderlich machen, ist in jedem Fall unverzüglich die ÖKK Notrufzentrale zu benachrichtigen.

5.2 Entbindung von der Schweigepflicht

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

5.3 Geltendmachung des Anspruchs

Die versicherte Person hat ihren Leistungsanspruch umgehend dem Versicherer einzureichen und sämtliche Informationen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung zu stellen. Es werden nur detaillierte Originalrechnungen anerkannt. Sind die Rechnungsdetails ungenügend und werden die ergänzenden Auskünfte auf Verlangen nicht zur Verfügung gestellt, erfolgt die Festlegung der Leistungen nach pflichtgemässem Ermessen.

5.4 Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts

Nicht benötigte Bahn- oder Flugbilletts sind unaufgefordert dem Versicherer einzureichen. Wurden nutzlos gewordene Billette verkauft oder durch Dritte vergütet, werden die erhaltenen Entschädigungen an die Versicherungsleistungen angerechnet. Bei Missachtung dieser Pflicht kann der Versicherer einen nach pflichtgemässem Ermessen festgelegten Betrag von der betreffenden versicherten Person zurückfordern bzw. diesen mit dem Leistungsanspruch verrechnen.

6. Leistungen Dritter

6.1 Im Allgemeinen

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

6.2 Leistungsverzicht

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

6.3 Sozialversicherungen

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

Verfügt eine versicherte Person nicht über eine gültige obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG bzw. eine gleichwertige Deckung im Fürstentum Liechtenstein, werden durch den Versicherer Leistungen erbracht, wie wenn diese Deckung bestanden hätte.

6.4 Bestehende Versicherungen beim Versicherer

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

6.5 Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen

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

REISERECHTSSCHUTZ

1. Örtlicher Geltungsbereich

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

2. Zeitlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt während der in der Versicherungspolice festgelegten Versicherungsdauer.

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

3. Versicherte Eigenschaften

Die versicherte Person geniesst Rechtsschutz in ihrer Eigenschaft als

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

4. Versicherte Reiserechtsschutz-Fälle

Folgende Rechtsschutz-Fälle sind versichert:

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

5. Versicherungsleistungen

In den versicherten Rechtsschutz-Fällen werden folgende Leistungen gewährt:

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

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

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

6. Ausschlüsse

Kein Rechtsschutz wird gewährt

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

7. Anmeldung eines Rechtsschutzfalles

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

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

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

8. Abwicklung eines Rechtsschutzfalles

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

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

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

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

9. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

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

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

10. Gerichtsstand

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

ANNULLIERUNGSKOSTEN

1. Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

2. Zeitlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt für den auf der Versicherungspolice angegebenen Zeitraum.

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

3. Versicherte Ereignisse

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

a) unvorhersehbare schwere Krankheit, schwere Verletzung, schwere Schwangerschaftskomplikation oder Tod
   – einer versicherten Person,
   – einer mitreisenden Person,
   – einer nicht mitreisenden Person, die der versicherten Person sehr nahesteht,
   – des direkten Stellvertreters am Arbeitsplatz, sodass die Anwesenheit der versicherten Person dort unerlässlich ist,
b) Streik (vorbehalten aktive Beteiligung) auf der geplanten Reiseroute im Ausland. Unruhen aller Art, Quarantäne, Epidemien oder Elementarereignisse an der Reisedestination, wenn diese das Leben und das Eigentum der versicherten Person konkret gefährden,
c) schwere Beeinträchtigung des Eigentums der versicherten Person an ihrem Wohnort infolge Feuer-, Elementar-, Diebstahl- oder Wasserschaden, sodass ihre Anwesenheit zu Hause unerlässlich ist,
d) Ausfall oder Verspätung – beides infolge technischen Defekts oder Personenunfalls – des zu benützenden öffentlichen Transportmittels zum offiziellen Abreiseort (Flughafen, Abgangsbahnhof, Hafen oder Careinstieg) im Wohnstaat,
e) wenn innerhalb der letzten 30 Tage vor der Abreise
   – die versicherte Person unvorhersehbar bei einem neuen Arbeitgeber eine neue dauerhafte Arbeitsstelle im Angestelltenverhältnis antritt (Beförderungen usw. sind ausgeschlossen) oder
   – der Arbeitsvertrag der versicherten Person ohne ihr eigenes Verschulden von ihrem Arbeitgeber gekündigt wird, und
f) Diebstahl von Fahrkarten, Reisepass oder Identitätskarte.

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

4. Versicherungsleistungen

4.1 Grundsatz

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

4.2 Annullierungskosten

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

Unverhältnismässige oder mehrmalige Bearbeitungsgebühren sind nicht versichert.

4.3 Mehrkosten

Die Versicherung vergütet die Mehrkosten für den verspäteten Reiseantritt, wenn die Reiseleistung infolge des versicherten Ereignisses nicht zur vorgesehenen Zeit angetreten werden kann. Werden Mehrkosten geltend gemacht, entfällt der Anspruch auf Annullierungskosten.

4.4 Unbenützte Reiseleistung

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

4.5 Deckungssummen

Die Leistungen für Annullierungskosten sind auf CHF 20'000 pro Ereignis und Person bzw. CHF 50'000 pro Ereignis und Familie begrenzt.

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

4.6 Leistungsausschluss

Leistungen sind ausgeschlossen,

a) wenn der Leistungsträger (Reiseunternehmer, Vermieter, Veranstalter usw.) die vereinbarte Leistung absagt oder aus objektiven Gründen hätte absagen müssen,
b) wenn das Ereignis bei Abschluss der Versicherung oder Buchung der Reiseleistung bereits eingetreten ist oder erkennbar war,
c) wenn das Leiden, das Anlass zur Annullierung gab, eine Komplikation oder Folge einer bei Versicherungsbeginn oder bei der Buchung der Reiseleistung bereits geplanten medizinischen Behandlung oder Operation war,
d) wenn eine Krankheit oder die Folgen eines Unfalls, einer Operation oder eines medizinischen Eingriffs im Zeitpunkt der Reisebuchung bereits bestanden haben und bis zum Reisedatum nicht abgeheilt sind,
e) bei Annullierung ohne medizinische Indikation oder wenn das Arztzeugnis nicht zum Zeitpunkt der erstmöglichen Feststellung der Reiseunfähigkeit ausgestellt wurde oder durch eine telefonische Konsultation erwirkt wurde,
f) wenn eine Annullierung infolge eines psychischen oder psychosomatischen Leidens
   – nicht durch die Feststellung und in einem am Tag der Annullierung ausgestellten Attest eines psychiatrischen Facharztes begründet werden kann und
   – von Personen im Angestelltenverhältnis nicht zusätzlich durch das Beibringen einer 100 %-Abwesenheitsbestätigung des Arbeitgebers während der Dauer der ärztlich attestierten Reiseunfähigkeit begründet werden kann,
g) wenn der Gutachter (Experte, Arzt usw.), der Feststellungen über das Schadenereignis trifft, direkt begünstigt oder mit der versicherten Person verwandt oder verschwägert ist,

h) bei Ereignissen, die eine Folge behördlicher Verfügungen (Haft oder Ausreisesperre, Schliessung des Luftraums usw.) sind,
i) bei Annullierungen oder Reiseabbrüchen, die auf kriegerische Ereignisse oder auf Terrorismus zurückzuführen sind,
j) bei Annullierungen oder Reiseabbrüchen aufgrund von Ereignissen durch ionisierende Strahlen irgendwelcher Art, insbesondere auch aus Atomkernumwandlungen,
k) wenn das Ereignis, welches Anlass zur Annullierung oder zum Reiseabbruch gibt, durch vorsätzliches oder grobfahrlässiges Handeln oder Unterlassen verursacht wird oder auf Ausserachtlassung der allgemein üblichen Sorgfaltspflicht zurückzuführen ist,
l) wenn ein Ereignis, welches zur Annullierung oder zum Reiseabbruch führt, durch den Einfluss von Alkohol, Drogen, Betäubungs- oder Arzneimitteln verursacht wird und
m) wenn das Ereignis, welches Anlass zur Annullierung oder zum Reiseabbruch gibt, anlässlich der vorsätzlichen Begehung von Verbrechen oder Vergehen oder des Versuchs dazu entsteht.

4.7 Chronisch Kranke

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

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

4.8 Forderungsabtretung

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

4.9 Haftung Versicherungsträger

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

5. Verhaltenspflichten auf Reisen

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

6. Pflichten im Schadenfall

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

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

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

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

7. Gerichtsstand

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

REISEGEPÄCK

1. Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

2. Zeitlicher Geltungsbereich

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

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

3. Versicherte Gegenstände

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

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

4. Nicht versicherte Gegenstände

Nicht versichert sind

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

5. Versicherte Ereignisse

Versichert sind

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

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

6. Versicherungsleistungen

6.1 Leistungsumfang

Die Versicherung entschädigt

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

6.2 Deckungssummen

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

6.3 Leistungsausschluss

Leistungen sind ausgeschlossen für Schäden

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

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

6.4 Forderungsabtretung

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

6.5 Haftung Versicherungsträger

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

7. Verhaltenspflichten auf Reisen

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

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

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

8. Pflichten im Schadenfall

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

Die versicherte Person hat

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

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

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

Beschädigte Gegenstände sind zur Verfügung der ERV zu halten.

9. Gerichtsstand

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