

Kranken- und Unfallkasse  
Einsiedeln



Hauptstrasse 61  
Postfach 57  
8840 Einsiedeln

Telefon 055 412 23 18  
info@kkeinsiedeln.ch  
www.kkeinsiedeln.ch

# Versicherungsbedingungen Zusatzversicherungen Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### 1. VERTRAGSKONSTRUKT ÖKK VERSICHERUNGEN AG UND KRANKEN- UND UNFALLKASSE EINSIEDELN

---

ÖKK Versicherungen AG hat mit der Kranken- und Unfallkasse Einsiedeln (nachfolgende «vermittelnde Kasse» genannt) einen Kollektivvertrag abgeschlossen. ÖKK ist Risikoträger und verkehrt mit der Aufsichtsbehörde. Die vermittelnde Kasse ist Versicherungsnehmer (VN) und im Bereich der vertragsgegenständlichen Versicherungsprodukte Vermittlerin und ist verantwortlich für den Abschluss und die Abwicklung der Versicherungsverträge in umfassender Weise.

Sie als Kunde/in sind die versicherte Person.

### 2. KUNDENINFORMATION GEMÄSS ART. 3 VVG (VORVERTRAGLICHE ORIENTIERUNGSPFLICHT)

---

Die Prämien werden durch die vermittelnde Kasse eingezogen. Wurde die Prämie durch die versicherte Person der vermittelnden Kasse nach Ablauf der gesetzlichen Mahnfrist nicht rechtzeitig bezahlt, sind neue Fälle nicht mehr gedeckt (Art. 20 VVG). Die versicherte Person kann in diesem Fall auch aus dem Kollektivvertrag ausgeschlossen werden, ohne dass sie ein Übertrittsrecht in die Einzelversicherung hat. Sie verliert damit den Versicherungsschutz.

Für den Fall, dass die Prämien der vermittelnden Kasse zwar rechtzeitig bezahlt wurden, von dieser der ÖKK Versicherungen AG jedoch nicht fristgerecht weitergeleitet wurden, verzichtet die ÖKK Versicherungen AG als Versicherer auf die Geltendmachung der Deckungslücke gemäss Art. 20 VVG gegenüber der versicherten Person. Neue Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der gesetzlichen Mahnfrist und der Kündigung des Kollektivversicherungsvertrags durch den Versicherer eintreten, sind in diesem Fall nach wie vor gedeckt.

Die ÖKK Versicherungen AG hat gemäss Art. 21 VVG das Recht, den Vertrag wegen Nichtbezahlung der Prämien durch die vermittelnde Kasse zu kündigen. In diesem Fall gesteht die ÖKK Versicherungen AG der versicherten Person, die ihre Prämien rechtzeitig an die vermittelnde Kasse bezahlt hat, das Recht auf Übertritt in die entsprechende Einzelversicherung der ÖKK Versicherungen AG zu.

### 3. WAS PASSIERT BEI AUFLÖSUNG DES VERTRAGES ZWISCHEN ÖKK VERSICHERUNGEN AG UND DER KRANKEN- UND UNFALLKASSE EINSIEDELN?

---

Bei Auflösung des Vertrages unternehmen die Parteien alles, um einen ordnungsgemässen Übergang zu gewährleisten. Es besteht die Möglichkeit der direkten Bestandesübertragung auf ÖKK Versicherungen AG oder einer Übertragung auf einen neuen Nachfolgeversicherer.

Der Nachfolgeversicherer übernimmt den Versichertenbestand ohne Unterbrechung und ohne Herabsetzung des Versicherungsschutzes. Des Weiteren werden alle noch nicht abgerechneten Leistungen, sowie sämtliche Verpflichtungen gegenüber den Versicherten übernommen.

## INHALTSVERZEICHNIS

GEMEINSAME BESTIMMUNGEN .....	05
OPTIMA .....	13
PREMIUM .....	17
KOMBI.....	21
PRIVAT UNFALL .....	27
FAMILY .....	31
FAMILY FLEX .....	37
DENTAL .....	43
TOURIST .....	47
COMPENSA .....	51



# GEMEINSAME BESTIMMUNGEN

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2016

<b>1. Grundlagen der Versicherung</b>		<b>7. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall</b>	
1.1. Grundsatz.....	06	7.1. Meldepflicht.....	09
1.2. Versicherungsträger.....	06	7.2. Schadenminderung.....	09
1.3. Gegenstand der Versicherung.....	06	7.3. Auskunftspflicht.....	09
1.4. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB).....	06		
1.5. Bedingungen für die Kollektivversicherung.....	06	<b>8. Prämien und Zahlungen</b>	
1.6. Versicherungsvertragsgesetz.....	06	8.1. Prämienfestsetzung.....	09
<b>2. Versicherungsabteilungen</b>		8.1.1. Im Allgemeinen.....	09
2.1. Versicherungsmöglichkeiten.....	06	8.1.2. Prämienhöhe.....	09
2.2. Änderungen der Versicherungsabteilungen.....	06	8.1.3. Prämienrabatte und Prämienerrasse.....	09
2.3. Gewählte Versicherungsabteilungen.....	06	8.2. Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung.....	10
<b>3. Versicherte Personen</b>		8.3. Prämienzahlung.....	10
3.1. Einzelversicherung.....	06	8.3.1. Fälligkeit.....	10
3.2. Kollektivversicherung.....	06	8.3.2. Mahnung und Verzugsfolgen.....	10
<b>4. Beginn und Dauer der Versicherung</b>		8.4. Überschussbeteiligung.....	10
4.1. Verfahren bei Versicherungsabschluss.....	06	8.4.1. Grundsatz.....	10
4.1.1. Antrag.....	06	8.4.2. Voraussetzung.....	10
4.1.2. Auskunftspflicht.....	06	8.4.3. Auszahlung.....	10
4.1.3. Unterlagen, Dokumente.....	07	8.5. Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR).....	10
4.1.4. Widerrufsrecht.....	07	8.5.1. Grundsatz.....	10
4.2. Beginn der Versicherung.....	07	8.5.2. Abteilungen mit Leistungsfreiheits-Rabatt.....	10
4.3. Dauer der Versicherung.....	07	8.5.3. Beobachtungsperiode.....	10
4.3.1. Im Allgemeinen.....	07	8.5.4. Rabattstufen.....	10
4.3.2. Längere Versicherungsdauer.....	07	8.5.5. Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit.....	10
4.3.3. Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses.....	07	8.5.6. Stufenanpassung bei Leistungsbezug.....	11
4.3.4. Verlängerung der Versicherung.....	07	8.5.7. Mutterschaftsleistungen.....	11
4.4. Änderung der Versicherung.....	07	8.5.8. Höherversicherung.....	11
4.4.1. Änderung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer.....	07	8.6. Sonstige Zahlungsbestimmungen.....	11
4.4.2. Änderung durch den Versicherer.....	07	8.6.1. Verrechnung.....	11
4.5. Sistierung der Versicherung.....	07	8.6.2. Verpfändung und Abtretung.....	11
4.5.1. Voraussetzung.....	07	8.6.3. Leistungsauszahlung.....	11
4.5.2. Dauer und Umfang der Sistierung.....	07	8.6.4. Verjährung.....	11
<b>5. Beendigung der Versicherung</b>		<b>9. Leistungen Dritter</b>	
5.1. Kündigung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer.....	07	9.1. Subsidiarität.....	11
5.1.1. Ordentliche Kündigung.....	07	9.1.1. Im Allgemeinen.....	11
5.1.2. Kündigung im Schadenfall.....	07	9.1.2. Leistungen der öffentlichen Hand.....	11
5.1.3. Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages.....	07	9.1.3. Mehrfachversicherung.....	11
5.1.4. Kündigungsengang.....	08	9.1.4. Leistungsverzicht.....	11
5.2. Kündigungsverzicht durch den Versicherer.....	08	9.2. Sozialversicherungen.....	11
5.3. Übrige Beendigungsgründe.....	08	9.3. Vorleistungen und Regress.....	11
<b>6. Leistungen</b>		9.4. Überversicherung.....	11
6.1. Begriffsdefinitionen.....	08	<b>10. Datenschutz</b>	
6.1.1. Krankheit.....	08	10.1. Gesetzliche Grundlagen.....	11
6.1.2. Unfall.....	08	10.2. Bearbeitungszweck.....	11
6.1.3. Mutterschaft.....	08	10.3. Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung.....	12
6.2. Leistungsbereich.....	08	10.4. Aufbewahrung der Daten.....	12
6.2.1. Örtlicher Leistungsbereich.....	08	<b>11. Mitteilungen</b>	12
6.2.2. Zeitlicher Leistungsbereich.....	08	<b>12. Gerichtsstand</b>	12
6.3. Versicherte Leistungen.....	08		
6.3.1. Leistungsumfang.....	08		
6.3.2. Wirtschaftlichkeit der Behandlung.....	08		
6.3.3. Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen.....	08		
6.4. Leistungsbeschränkungen.....	08		
6.4.1. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle.....	08		
6.4.2. Leistungsausschluss.....	09		
6.4.3. Leistungseinschränkungen.....	09		

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

## 1. GRUNDLAGEN DER VERSICHERUNG

### 1.1. Grundsatz

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

### 1.2. Versicherungsträger

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

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

### 1.3. Gegenstand der Versicherung

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

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

### 1.4. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

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

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

### 1.5. Bedingungen für die Kollektivversicherung

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

Die Bestimmungen im Kollektivvertrag gehen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor.

### 1.6. Versicherungsvertragsgesetz

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

## 2. VERSICHERUNGSABTEILUNGEN

### 2.1. Versicherungsmöglichkeiten

Die Versicherungsabteilungen nach diesen AVB sind:

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

- FAMILY FLEX
- SALTO
- DENTAL
- TOURIST
- COMPENSA

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

### 2.2. Änderungen der Versicherungsabteilungen

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

### 2.3. Gewählte Versicherungsabteilungen

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

## 3. VERSICHERTE PERSONEN

### 3.1. Einzelversicherung

Versichert sind die in der Versicherungs-Police aufgeführten Personen.

### 3.2. Kollektivversicherung

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

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

## 4. BEGINN UND DAUER DER VERSICHERUNG

### 4.1. Verfahren bei Versicherungsabschluss

#### 4.1.1. Antrag

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

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

#### 4.1.2. Auskunftspflicht

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

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

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

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

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

#### **4.1.3. Unterlagen, Dokumente**

Bei Versicherungsabschluss erhält die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer:

- die Versicherungs-Police
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen

#### **4.1.4. Widerrufsrecht**

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

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

### **4.2. Beginn der Versicherung**

---

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

### **4.3. Dauer der Versicherung**

---

#### **4.3.1. Im Allgemeinen**

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

#### **4.3.2. Längere Versicherungsdauer**

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

#### **4.3.3. Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses**

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

#### **4.3.4. Verlängerung der Versicherung**

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

### **4.4. Änderung der Versicherung**

---

#### **4.4.1. Änderung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer**

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

Bei Herabsetzung der Versicherungsdeckung gelten die Bestimmungen über die Kündigung.

#### **4.4.2. Änderung durch den Versicherer**

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

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

### **4.5. Sistierung der Versicherung**

---

#### **4.5.1. Voraussetzung**

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

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

#### **4.5.2. Dauer und Umfang der Sistierung**

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

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

Bei Auslandsaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

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

## **5. BEENDIGUNG DER VERSICHERUNG**

### **5.1. Kündigung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer**

---

#### **5.1.1. Ordentliche Kündigung**

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

#### **5.1.2. Kündigung im Schadenfall**

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

Die Prämie ist bis zur Beendigung des Vertrages geschuldet.

#### **5.1.3. Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages**

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

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

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

#### 5.1.4. 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 bleibt das Kündigungsrecht bei Kollektivverträgen. Ebenso vorbehalten bleibt der Rücktritt vom Vertrag wegen vertragswidrigem Verhalten.

#### 5.3. Übrige Beendigungsgründe

---

Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

- a) bei Tod der versicherten Person
- b) bei Wegzug ins Ausland
- 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 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.), bei Täuschung oder bei wesentlicher Gefahrerhöhung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person.

## 6. LEISTUNGEN

### 6.1. Begriffsdefinitionen

---

#### 6.1.1. Krankheit

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

#### 6.1.2. Unfall

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

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

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

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

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

#### 6.1.3. Mutterschaft

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

### 6.2. Leistungsbereich

---

#### 6.2.1. Örtlicher Leistungsbereich

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

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

#### 6.2.2. Zeitlicher Leistungsbereich

Ein Leistungsanspruch besteht während der Dauer der Versicherung. Für Kosten, die nach Beendigung der Versicherung anfallen, besteht keinerlei Leistungsanspruch. Entscheidend ist das Behandlungsdatum oder der Zeitpunkt der Inanspruchnahme der versicherten Leistung.

### 6.3. Versicherte Leistungen

---

#### 6.3.1. Leistungsumfang

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

#### 6.3.2. Wirtschaftlichkeit der Behandlung

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

Der Versicherer kann zum Zwecke der optimalen Betreuung der versicherten Personen mit den zugelassenen Leistungserbringern begleitende Massnahmen vereinbaren, mit dem Ziel durch verbesserter Zusammenarbeit und Koordination zwischen den Leistungserbringern und dem Versicherer die für die versicherte Person wirksamste, zweckmässigste und wirtschaftlichste Behandlung sicher zu stellen. Der Versicherer kann mit der Durchführung dieser Massnahmen eine Gesundheitsberaterin oder einen Gesundheitsberater beauftragen.

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

#### 6.3.3. Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen

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

### 6.4. Leistungsbeschränkungen

---

#### 6.4.1. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

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



Der Versicherer kann Krankheiten und Folgen von Unfällen, die bei Versicherungsabschluss bestehen oder bestanden haben, von der Versicherungsdeckung ausnehmen. Die Deckungseinschränkung wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt.

#### 6.4.2. Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

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

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

#### 6.4.3. Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden:

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

## 7. MITWIRKUNGSPFLICHTEN BEI KRANKHEIT UND UNFALL

### 7.1. Meldepflicht

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

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

### 7.2. Schadenminderung

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

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

### 7.3. Auskunftspflicht

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

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

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

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

## 8. PRÄMIEN UND ZAHLUNGEN

### 8.1. Prämienfestsetzung

#### 8.1.1. Im Allgemeinen

Die Prämien werden in einem Prämientarif pro Versicherungsabteilung festgesetzt.

#### 8.1.2. Prämienhöhe

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

Prämienänderungen infolge Wechsels der Risikogruppe erfolgen automatisch.

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

Für sistierte Versicherungen wird eine reduzierte Prämie erhoben.

#### 8.1.3. Prämienrabatte und Prämienerrasse

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

### Familienrabatt

Rabattberechtigt sind Kinder, welche zusammen mit mindestens einem Elternteil beim Versicherer und bei der Kasse 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.

### Prämienentlass

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 oder bei der Kasse versichert ist,
- bei der Kasse grundversichert ist,
- die beiden älteren Geschwister bei der Kasse und beim Versicherer grund- und mindestens gleichwertig zusatzversichert sind, sowie
- das Elternteil bei der Kasse grundversichert und in einer ambulanten oder stationären Heilungskostenversicherung des Versicherers zusatzversichert ist.

## 8.2. Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung

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

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

Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

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

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 oder bei der Kasse bezogen hat. Darunter fallen sämtliche Versicherungsabteilungen inklusive die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder eine Taggeldversicherung nach KVG.

### 8.4.3. Auszahlung

Die allfällige Überschussbeteiligung wird frühestens nach Ablauf eines Jahres nach dem bezugsfreien Kalenderjahr als 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 KOMBI und SALTO mit Leistungsfreiheits-Rabatt werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

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

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

### 8.5.5. Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

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

### 8.5.6. Stufenanpassung bei Leistungsbezug

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

### 8.5.7. Mutterschaftsleistungen

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

### 8.5.8. Höherversicherung

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

## 8.6. Sonstige Zahlungsbestimmungen

### 8.6.1. Verrechnung

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

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

### 8.6.2. Verpfändung und Abtretung

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

### 8.6.3. Leistungsauszahlung

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

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

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

Zu Unrecht bezogene Leistungen werden durch den Versicherer zurückgefordert.

### 8.6.4. Verjährung

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

## 9. LEISTUNGEN DRITTER

### 9.1. Subsidiarität

#### 9.1.1. Im Allgemeinen

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

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

#### 9.1.2. Leistungen der öffentlichen Hand

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

#### 9.1.3. Mehrfachversicherung

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

#### 9.1.4. Leistungsverzicht

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

## 9.2. Sozialversicherungen

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

## 9.3. Vorleistungen und Regress

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

## 9.4. Überversicherung

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

## 10. DATENSCHUTZ

### 10.1. Gesetzliche Grundlagen

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

### 10.2. Bearbeitungszweck

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

Der Versicherer behandelt die eingeholten Auskünfte mit höchster Vertraulichkeit.

### **10.3. Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung**

---

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

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

### **10.4. Aufbewahrung der Daten**

---

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

## **11. MITTEILUNGEN**

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

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

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

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

## **12. GERICHTSSTAND**

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

# OPTIMA

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2014

<b>1. Versicherungsgrundlagen</b>		<b>10. CASAMED-Variante</b>	
1.1. Versicherungsträger.....	14	10.1. Zusätzliche Bedingungen.....	16
1.2. Gemeinsame Bestimmungen.....	14	10.2. Hausarztprinzip.....	16
1.3. Zweck.....	14	10.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip.....	16
1.4. Leistungsvoraussetzung.....	14	10.4. Spitäler.....	16
1.5. Örtlicher Geltungsbereich.....	14	10.5. Andere Fachpersonen.....	16
1.6. Versicherungsabschluss.....	14	10.6. Weitere Leistungserbringer.....	16
<b>2. Ambulante Behandlung</b>		10.7. Notfall.....	16
2.1. Ärztliche Behandlung.....	14	10.8. Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante.....	16
2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland.....	14	10.8.1. Leistungsausschluss.....	16
2.3. Nichtärztliche Psychotherapie.....	14	10.8.2. Ausschluss Hausarztvariante.....	16
2.3.1. Leistungsumfang.....	14	10.9. Leistungsabwicklung.....	16
2.3.2. Leistungsvoraussetzung.....	14	10.9.1. Pauschalabrechnung.....	16
2.4. Thermalbad.....	14	10.9.2. Veranlasste Leistung.....	16
2.5. Sterilisation.....	14		
<b>3. Mutterschaft</b>			
3.1. Geburtsvorbereitung.....	14		
3.2. Stillgeld.....	14		
<b>4. Prävention</b>			
4.1. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung.....	14		
4.2. Check-Up-Untersuchung.....	14		
4.3. Impfung.....	14		
4.4. Gesundheitskonto.....	14		
<b>5. Hilfsmittel</b>			
5.1. Sehhilfen.....	15		
5.2. Andere Hilfsmittel.....	15		
<b>6. Zahnärztliche Behandlung</b>			
6.1. Kontrolluntersuchung und Prophylaxe.....	15		
6.2. Weisheitszähne.....	15		
6.3. Kieferorthopädische Behandlung.....	15		
6.4. Behandlung im Ausland.....	15		
6.5. Tarif.....	15		
<b>7. Alternativmedizin</b>			
7.1. Alternativmedizinische Behandlung.....	15		
7.2. Behandlung im Ausland.....	15		
<b>8. Medikamente und Heilmittel</b>			
8.1. Nichtpflichtmedikamente.....	15		
8.2. Natürliche Heilmittel.....	15		
<b>9. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten</b>			
9.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen.....	15		
9.1.1. Leistungsumfang.....	15		
9.1.2. Selbstbehalt.....	15		
9.1.3. Leistungen Dritter.....	15		
9.2. Suchaktionen.....	15		
9.3. Fahrtkosten.....	16		

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

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1. Versicherungsträger

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

### 1.2. Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3. Zweck

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

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

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

### 1.4. Leistungsvoraussetzung

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

### 1.5. Örtlicher Geltungsbereich

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

### 1.6. Versicherungsabschluss

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

## 2. AMBULANTE BEHANDLUNG

### 2.1. Ärztliche Behandlung

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

### 2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

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

### 2.3. Nichtärztliche Psychotherapie

#### 2.3.1. Leistungsumfang

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

### 2.3.2. Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprachegebietes durch den Vertrauensarzt.

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

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

### 2.4. Thermalbad

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

### 2.5. Sterilisation

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

## 3. MUTTERSCHAFT

### 3.1. Geburtsvorbereitung

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

### 3.2. Stillgeld

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

## 4. PRÄVENTION

### 4.1. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

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

### 4.2. Check-Up-Untersuchung

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

### 4.3. Impfung

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

### 4.4. Gesundheitskonto

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

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

Der Beitrag an einzelne anerkannte Präventivmassnahmen kann begrenzt werden.

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

## 5. HILFSMITTEL

### 5.1. Sehhilfen

Die Versicherung leistet bis CHF 150 pro Kalenderjahr für Brillengläser und Kontaktlinsen zur Sehkorrektur.

### 5.2. Andere Hilfsmittel

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

Die Hilfsmittel müssen vom Versicherer anerkannt sein.

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

## 6. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

### 6.1. Kontrolluntersuchung und Prophylaxe

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

### 6.2. Weisheitszähne

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

### 6.3. Kieferorthopädische Behandlung

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

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

### 6.4. Behandlung im Ausland

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

### 6.5. Tarif

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

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

## 7. ALTERNATIVMEDIZIN

### 7.1. Alternativmedizinische Behandlung

Die Versicherung leistet 70 %, bis CHF 3'000 pro Kalenderjahr für alternativmedizinische Behandlung, wenn die Therapiemethode (z. B. Teilbereiche von traditioneller chinesischer Medizin, naturheilkundlichen Praktiken) und der Therapeut oder der Arzt vom Versicherer anerkannt sind.

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

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

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten.

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

### 7.2. Behandlung im Ausland

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

## 8. MEDIKAMENTE UND HEILMITTEL

### 8.1. Nichtpflichtmedikamente

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

### 8.2. Natürliche Heilmittel

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

## 9. TRANSPORTKOSTEN, SUCH-, RETTUNGS- UND BERGUNGS KOSTEN

### 9.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

#### 9.1.1. Leistungsumfang

Die Versicherung leistet für

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

insgesamt bis CHF 50'000 pro Kalenderjahr.

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

#### 9.1.2. Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt CHF 100 pro Fall.

#### 9.1.3. Leistungen Dritter

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

### 9.2. Suchaktionen

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

### 9.3. Fahrtkosten

---

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

## 10. CASAMED-VARIANTE

### 10.1. Zusätzliche Bedingungen

---

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

### 10.2. Hausarztprinzip

---

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

Die Versicherung kann telemedizinische Institutionen als Hausarzt anerkennen.

### 10.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip

---

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

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

### 10.4. Spitäler

---

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

### 10.5. Andere Fachpersonen

---

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

### 10.6. Weitere Leistungserbringer

---

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

### 10.7. Notfall

---

Die Versicherung leistet bei Notfällen ungeachtet vom Hausarztprinzip. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

### 10.8. Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante

---

#### 10.8.1. Leistungsausschluss

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

#### 10.8.2. Ausschluss Hausarztvariante

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

### 10.9. Leistungsabwicklung

---

#### 10.9.1. Pauschalabrechnung

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

#### 10.9.2. Veranlasste Leistung

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



# PREMIUM

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2014

<b>1. Versicherungsgrundlagen</b>		
1.1. Versicherungssträger.....	18	
1.2. Gemeinsame Bestimmungen.....	18	
1.3. Zweck.....	18	
1.4. Leistungsvoraussetzung.....	18	
1.5. Örtlicher Geltungsbereich.....	18	
1.6. Versicherungsabschluss.....	18	
<b>2. Ambulante Behandlung</b>		
2.1. Ärztliche Behandlung.....	18	
2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland.....	18	
2.3. Nichtärztliche Psychotherapie.....	18	
2.3.1. Leistungsumfang.....	18	
2.3.2. Leistungsvoraussetzung.....	18	
2.4. Thermalbad.....	18	
2.5. Sterilisation.....	18	
2.6. Augenlaser.....	18	
<b>3. Mutterschaft</b>		
3.1. Geburtsvorbereitung.....	18	
3.2. Stillgeld.....	18	
<b>4. Prävention</b>		
4.1. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung.....	18	
4.2. Check-Up-Untersuchung.....	18	
4.3. Impfung.....	18	
4.4. Gesundheitskonto.....	19	
<b>5. Hilfsmittel</b>		
5.1. Sehhilfen.....	19	
5.2. Andere Hilfsmittel.....	19	
<b>6. Zahnärztliche Behandlung</b>		
6.1. Kontrolluntersuchung und Prophylaxe.....	19	
6.2. Weisheitszähne.....	19	
6.3. Kieferorthopädische Behandlung.....	19	
6.4. Behandlung im Ausland.....	19	
6.5. Tarif.....	19	
<b>7. Alternativmedizin</b>		
7.1. Alternativmedizinische Behandlung.....	19	
7.2. Behandlung im Ausland.....	19	
<b>8. Medikamente und Heilmittel</b>		
8.1. Nichtpflichtmedikamente.....	19	
8.2. Natürliche Heilmittel.....	19	
<b>9. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten</b>		
9.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen.....	19	
9.1.1. Leistungsumfang.....	19	
9.1.2. Selbstbehalt.....	19	
9.1.3. Leistungen Dritter.....	20	
9.2. Suchaktionen.....	20	
9.3. Fahrtkosten.....	20	
<b>10. CASAMED-Variante</b>		
10.1. Zusätzliche Bedingungen.....	20	
10.2. Hausarztprinzip.....	20	
10.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip.....	20	
10.4. Spitäler.....	20	
10.5. Andere Fachpersonen.....	20	
10.6. Weitere Leistungserbringer.....	20	
10.7. Notfall.....	20	
10.8. Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante.....	20	
10.8.1. Leistungsausschluss.....	20	
10.8.2. Ausschluss Hausarztvariante.....	20	
10.9. Leistungsabwicklung.....	20	
10.9.1. Pauschalabrechnung.....	20	
10.9.2. Veranlasste Leistung.....	20	

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

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1. Versicherungsträger

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

### 1.2. Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3. Zweck

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

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

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

### 1.4. Leistungsvoraussetzung

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

### 1.5. Örtlicher Geltungsbereich

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

### 1.6. Versicherungsabschluss

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

## 2. AMBULANTE BEHANDLUNG

### 2.1. Ärztliche Behandlung

Die Versicherung leistet 90 % für ärztliche Behandlung.

### 2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

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

### 2.3. Nichtärztliche Psychotherapie

#### 2.3.1. Leistungsumfang

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

### 2.3.2. Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprachege suches durch den Vertrauensarzt.

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

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

### 2.4. Thermalbad

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

### 2.5. Sterilisation

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

### 2.6. Augenlaser

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

## 3. MUTTERSCHAFT

### 3.1. Geburtsvorbereitung

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

### 3.2. Stillgeld

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

## 4. PRÄVENTION

### 4.1. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

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

### 4.2. Check-Up-Untersuchung

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

### 4.3. Impfung

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

#### 4.4. Gesundheitskonto

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

Werden Präventivmassnahmen verschiedener Bereiche in Anspruch genommen, leistet die Versicherung bis CHF 600 pro Kalenderjahr.

Der Beitrag an einzelne anerkannte Präventivmassnahmen kann begrenzt werden.

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

### 5. HILFSMITTEL

#### 5.1. Sehhilfen

Die Versicherung leistet bis CHF 200 pro Kalenderjahr für Brillengläser und Kontaktlinsen zur Sehkorrektur.

#### 5.2. Andere Hilfsmittel

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

Die Hilfsmittel müssen vom Versicherer anerkannt sein.

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

### 6. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

#### 6.1. Kontrolluntersuchung und Prophylaxe

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

#### 6.2. Weisheitszähne

Die Versicherung leistet 90 % für die Extraktion von Weisheitszähnen.

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

#### 6.3. Kieferorthopädische Behandlung

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

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

#### 6.4. Behandlung im Ausland

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

#### 6.5. Tarif

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

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

### 7. ALTERNATIVMEDIZIN

#### 7.1. Alternativmedizinische Behandlung

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

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

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

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten.

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

#### 7.2. Behandlung im Ausland

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

### 8. MEDIKAMENTE UND HEILMITTEL

#### 8.1. Nichtpflichtmedikamente

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

#### 8.2. Natürliche Heilmittel

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

### 9. TRANSPORTKOSTEN, SUCH-, RETTUNGS- UND BERGUNGS KOSTEN

#### 9.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

##### 9.1.1. Leistungsumfang

Die Versicherung leistet für

- medizinisch notwendige Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital,
  - Rücktransporte in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung,
  - Rettungs- und Bergungsaktionen
- insgesamt bis CHF 100 000 pro Kalenderjahr.

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

##### 9.1.2. Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt CHF 100 pro Fall.

### 9.1.3. Leistungen Dritter

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

## 9.2. Suchaktionen

---

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

## 9.3. Fahrtkosten

---

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

## 10. CASAMED-VARIANTE

### 10.1. Zusätzliche Bedingungen

---

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

### 10.2. Hausarztprinzip

---

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

Die Versicherung kann telemedizinische Institutionen als Hausarzt anerkennen.

### 10.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip

---

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

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

### 10.4. Spitäler

---

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

### 10.5. Andere Fachpersonen

---

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

### 10.6. Weitere Leistungserbringer

---

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

## 10.7. Notfall

---

Die Versicherung leistet bei Notfällen ungeachtet vom Hausarztprinzip.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

## 10.8. Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante

---

### 10.8.1. Leistungsausschluss

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

### 10.8.2. Ausschluss Hausarztvariante

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

## 10.9. Leistungsabwicklung

---

### 10.9.1. Pauschalabrechnung

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

### 10.9.2. Veranlasste Leistung

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

# KOMBI

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2016

<b>1. Versicherungsgrundlagen</b>	
1.1. Versicherungsträger.....	22
1.2. Gemeinsame Bestimmungen.....	22
1.3. Zweck.....	22
1.4. Versicherungsabschluss.....	22
1.5. Leistungsvoraussetzung.....	22
1.5.1. Allgemeines.....	22
1.5.2. Akutspital.....	22
1.5.3. Behandlung in anderen Spitälern.....	22
1.6. Unfall-Deckung.....	22
1.7. Versicherungsmöglichkeiten.....	22
1.7.1. Leistungsstufen.....	22
1.7.2. Spitäler mit anerkanntem Tarif.....	22
1.7.3. Vertragsspitäler bei KOMBI KOMFORT.....	22
1.7.4. Fehlende Kriterien, Maximaltarife.....	22
1.7.5. Einteilung der Spitäler.....	22
<b>2. Stationäre Behandlung</b>	
2.1. Akutbehandlung.....	22
2.1.1. Leistungsvoraussetzung.....	22
2.1.2. Leistungsumfang.....	22
2.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung.....	23
2.1.4. Behandlung in einem Nicht-Listenspital.....	23
2.1.5. Behandlung in einem Nicht-Vertragsspital.....	23
2.2. Langzeitbehandlung.....	23
2.2.1. Definition.....	23
2.2.2. Leistungsumfang.....	23
2.3. Stationäre Rehabilitation.....	23
2.4. Psychiatrische Kliniken.....	23
2.5. Leistungen im Ausland.....	23
2.5.1. Bei Notfällen.....	23
2.5.2. Wahlbehandlung im Ausland.....	23
2.5.3. Vorgehen bei Spitalaufenthalt.....	23
<b>3. Kuren</b>	
3.1. Erholungskuren.....	23
3.2. Badekuren.....	24
3.3. Andere Kuren.....	24
3.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt.....	24
<b>4. Besondere Leistungen</b>	
4.1. SPITEX.....	24
4.1.1. Grundsatz.....	24
4.1.2. Leistungsumfang.....	24
4.1.3. Leistungserbringer.....	24
4.2. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen.....	24
4.3. Fahrtspesen.....	24
4.4. Kinderhütedienst.....	24
4.4.1. Grundsatz.....	24
4.4.2. Leistungsvoraussetzungen.....	24
4.4.3. Leistungsumfang.....	24
4.5. Rooming-In.....	25
4.6. Spitaltaggeld.....	25
<b>5. Mutterschaft</b>	
5.1. Kosten der stationären Behandlung.....	25
5.2. Geburt in Geburtshaus.....	25
5.3. Haushalthilfe nach Geburt.....	25
5.3.1. Grundsatz.....	25
5.3.2. Geburt im Spital.....	25
5.3.3. Hausgeburt.....	25
<b>6. Unfall-Zusatz</b> .....	25
<b>7. CASAMED-Variante</b>	
7.1. Allgemeines.....	25
7.2. Leistungsstufen.....	25
7.3. Allgemeine Leistungsvoraussetzung.....	25
7.4. Spitalwahl.....	25
7.5. Augen-, Frauen-, Kinderärzte.....	25
7.6. Notfälle.....	25
7.7. Leistungsausschluss.....	25
<b>8. ECOPLAN, Variante mit eingeschränkter Spitalwahl</b>	
8.1. Allgemeines.....	26
8.2. Wahl / Kündigung des ECOPLAN.....	26
8.3. Leistungsumfang.....	26
8.4. Behandlung in einem anderen Spital.....	26
<b>9. Franchise und Vergütung in der KOMBI HALBPRIVAT, PRIVAT, GLOBAL</b>	
9.1. Franchise.....	26
9.1.1. Allgemeines.....	26
9.1.2. Wechsel/Kündigung der Franchise.....	26
9.1.3. Franchisehöhe.....	26
9.2. Vergütung.....	26
<b>10. Kostenbeteiligung in der KOMBI FLEX</b>	
10.1. Umfang der Kostenbeteiligung.....	26
10.2. Maximale Kostenbeteiligung für Familien.....	26

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

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1. Versicherungsträger

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

### 1.2. Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3. Zweck

Die KOMBI leistet für Behandlungen im Akutspital bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Sie erbringt Beiträge an Kuren, Langzeitbehandlung, spitalexterne Haushalthilfe (SPITEX) und Transportkosten.

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

### 1.4. Versicherungsabschluss

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

### 1.5. Leistungsvoraussetzung

#### 1.5.1. Allgemeines

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

#### 1.5.2. Akutspital

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

#### 1.5.3. Behandlung in anderen Spitälern

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

### 1.6. Unfall-Deckung

Die Unfall-Deckung kann ausgeschlossen werden.

### 1.7. Versicherungsmöglichkeiten

#### 1.7.1. Leistungsstufen

Die KOMBI führt folgende Leistungsstufen:

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

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

**KOMBI PRIVAT:** Private Abteilung eines Akutspitals in der Schweiz (Einbettzimmer).

**KOMBI GLOBAL:** Private Abteilung eines Akutspitals weltweit (Einbettzimmer).

**KOMBI FLEX:** Allgemeine oder halbprivate Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif oder private Abteilung eines Akutspitals in der Schweiz; mit entsprechender Kostenbeteiligung.

**KOMBI KOMFORT:** Allgemeine Abteilung im Komfort-Vertragsspital im Ein- oder Zweibettzimmer. Diese Leistungsstufe kann auf Versicherte mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

#### 1.7.2. Spitäler mit anerkanntem Tarif

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

#### 1.7.3. Vertragsspitäler bei KOMBI KOMFORT

Als Vertragsspital gelten Spitäler, mit welchen der Versicherer entsprechende Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat.

Der Versicherer führt eine Liste dieser Vertragsspitäler. Sie wird laufend angepasst und kann beim Versicherer jederzeit eingesehen werden.

#### 1.7.4. Fehlende Kriterien, Maximaltarife

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

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

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

#### 1.7.5. Einteilung der Spitäler

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

## 2. STATIONÄRE BEHANDLUNG

### 2.1. Akutbehandlung

#### 2.1.1. Leistungsvoraussetzung

Die KOMBI leistet, wenn der Versicherte spitalbedürftig im Sinne der BASIS ist.

#### 2.1.2. Leistungsumfang

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

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

### 2.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

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

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

### 2.1.4. Behandlung in einem Nicht-Listenspital

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

- KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:** Eine Pauschale von CHF 30 pro Tag.
- KOMBI HALBPRIVAT/PRIVAT/FLEX:** Die Mehrkosten, die bei Aufenthalt in einem Referenzspital im Wohnkanton im Vergleich zwischen der allgemeinen und der versicherten Abteilung entstanden wären.
- KOMBI GLOBAL:** Volle Kostendeckung.

### 2.1.5. Behandlung in einem Nicht-Vertragsspital

Erfolgt die Behandlung von KOMBI KOMFORT-Versicherten in einem Spital, welches nicht auf der vom Versicherer geführten Liste der Komfort-Vertragsspitaler aufgeführt ist, sind die Leistungen gemäss allgemeiner Abteilung bzw. Referenztarif eines Komfort-Vertragsspitals im Wohnkanton gedeckt.

## 2.2. Langzeitbehandlung

### 2.2.1. Definition

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

### 2.2.2. Leistungsumfang

Die KOMBI richtet folgende Tagespauschalen aus, wenn

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

	1. bis 90. Tag	91. bis 180. Tag
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	CHF 50	CHF 25
KOMBI PRIVAT:	CHF 70	CHF 35
KOMBI GLOBAL:	CHF 90	CHF 45

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

### 2.3. Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einem vom Versicherer anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, gewährt die KOMBI für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bedingungen für Akutbehandlungen. Danach richtet sie unter An-

rechnung der vorangegangenen Aufenthaltsdauer die Leistungen für Langzeitbehandlungen aus.

Die anerkannten Sanatorien oder Rehabilitationsanstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit beim Versicherer eingesehen werden kann.

## 2.4. Psychiatrische Kliniken

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

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

	ab 91. bis 180. Tag
KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	CHF 20
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	CHF 50
KOMBI PRIVAT:	CHF 70
KOMBI GLOBAL:	CHF 90

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

## 2.5. Leistungen im Ausland

### 2.5.1. Bei Notfällen

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

### 2.5.2. Wahlbehandlung im Ausland

Die Leistungen der KOMBI GLOBAL werden auch erbracht, wenn sich der Versicherte mit der Absicht ins Ausland begibt, sich dort behandeln zu lassen.

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

### 2.5.3. Vorgehen bei Spitalaufenthalt

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

## 3. KUREN

### 3.1. Erholungskuren

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

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

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

## 3.2. Badekuren

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

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

Es besteht die freie Wahl unter den vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern. Die Liste der anerkannten Heilbäder wird laufend angepasst und kann beim Versicherer jederzeit eingesehen werden.

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

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

## 3.3. Andere Kuren

Auf Antrag des Vertrauensarztes des Versicherers kann bei spezieller medizinischer Indikation für ärztlich verordnete andere Kuren eine Pauschale bis zur Höhe des Badekurbeitrages ausgerichtet werden.

## 3.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt

Die ärztliche Verordnung für einen Kuraufenthalt ist dem Versicherer zwei Wochen vor Kurantritt inklusive Diagnose einzureichen.

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

# 4. BESONDERE LEISTUNGEN

## 4.1. SPITEX

### 4.1.1. Grundsatz

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

### 4.1.2. Leistungsumfang

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

Die Leistungen werden wie folgt erbracht:

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	bis CHF 40/Tag, max. CHF 400
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	bis CHF 50/Tag, max. CHF 500
KOMBI PRIVAT:	bis CHF 60/Tag, max. CHF 630
KOMBI GLOBAL:	bis CHF 60/Tag, max. CHF 800

Ist der Versicherte für die Betreuung von mindestens einem Kind bis zwölf Jahre verantwortlich, werden die Leistungen wie folgt erbracht:

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT:	bis CHF 40/Tag, max. CHF 600
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX:	bis CHF 70/Tag, max. CHF 1'000
KOMBI PRIVAT:	bis CHF 100/Tag, max. CHF 1'300
KOMBI GLOBAL:	bis CHF 110/Tag, max. CHF 1'600

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

## 4.1.3. Leistungserbringer

Als Haushalthilfe wird anerkannt, wer gewerbmässig auf eigene Rechnung oder für eine vom Versicherer vertraglich anerkannte SPITEX-Organisation den Haushalt in Vertretung des Versicherten besorgt.

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

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

## 4.2. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

An die Kosten

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

werden insgesamt folgende Beiträge aus der KOMBI geleistet:

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

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

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

## 4.3. Fahrtspesen

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

## 4.4. Kinderhütendienst

### 4.4.1. Grundsatz

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

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

### 4.4.2. Leistungsvoraussetzungen

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

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

### 4.4.3. Leistungsumfang

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



## 4.5. Rooming-In

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

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

## 4.6. Spitaltaggeld

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

## 5. MUTTERSCHAFT

### 5.1. Kosten der stationären Behandlung

Die KOMBI deckt die ungedeckten Kosten einer Geburt im Spital für die Mutter und das Neugeborene gemäss abgeschlossener Versicherungsstufe der Mutter. Ist das Neugeborene nicht beim Versicherer versichert, übernimmt die KOMBI der Mutter die ungedeckten Kosten im Nachgang zu einer anderweitigen Versicherung des Kindes.

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

### 5.2. Geburt in Geburtshaus

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

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT: bis CHF 1'000 pro Geburt  
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX: bis CHF 2'000 pro Geburt  
KOMBI PRIVAT/GLOBAL : volle Kostendeckung

Für KOMBI FLEX -Versicherte entfällt die zusätzliche Kostenbeteiligung gemäss den Bedingungen von KOMBI FLEX.

### 5.3. Haushalthilfe nach Geburt

#### 5.3.1. Grundsatz

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

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

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

#### 5.3.2. Geburt im Spital

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

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT: bis CHF 60/Tag, max. CHF 600  
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX: bis CHF 100/Tag, max. CHF 1'000  
KOMBI PRIVAT: bis CHF 100/Tag, max. CHF 1'300  
KOMBI GLOBAL: bis CHF 110/Tag, max. CHF 1'600

### 5.3.3. Hausgeburt

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

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT: bis CHF 60/Tag, max. CHF 840  
KOMBI HALBPRIVAT/FLEX: bis CHF 105/Tag, max. CHF 1'500  
KOMBI PRIVAT: bis CHF 135/Tag, max. CHF 1'900  
KOMBI GLOBAL: bis CHF 165/Tag, max. CHF 2'310

## 6. UNFALL-ZUSATZ

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

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

## 7. CASAMED-VARIANTE

### 7.1. Allgemeines

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

### 7.2. Leistungsstufen

Es werden alle Leistungsstufen der KOMBI geführt.

### 7.3. Allgemeine Leistungsvoraussetzung

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

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

### 7.4. Spitalwahl

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

### 7.5. Augen-, Frauen-, Kinderärzte

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

### 7.6. Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

### 7.7. Leistungsausschluss

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

## 8. ECOPLAN, VARIANTE MIT EINGESCHRÄNKTER SPITALWAHL

### 8.1. Allgemeines

Im Rahmen der KOMBI HALBPRIVAT und PRIVAT besteht die Variante mit eingeschränkter Spitalwahl ECOPLAN.

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

### 8.2. Wahl / Kündigung des ECOPLAN

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

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

### 8.3. Leistungsumfang

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

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

### 8.4. Behandlung in einem anderen Spital

Lässt sich der Versicherte ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in einem Nicht-ECOPLAN-Spital behandeln, gehen sämtliche Kosten zu seinen Lasten.

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

## 9. FRANCHISE UND VERGÜTUNG IN DER KOMBI HALBPRIVAT, PRIVAT UND GLOBAL

### 9.1. Franchise

#### 9.1.1. Allgemeines

Gegen eine entsprechende Reduktion der Prämien können sich Erwachsene für eine Franchise bei Spitalbehandlungen entscheiden.

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

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

Die halbe Franchise entfällt, wenn sich der in der KOMBI PRIVAT oder GLOBAL Versicherte auf die halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer) eines schweizerischen Akutspitals mit anerkanntem Tarif begibt.

Die Kostenbeteiligung entfällt auch, wenn gemäss diesen Versicherungsbedingungen Pauschalvergütungen ausgerichtet werden.

Davon ausgenommen sind die versicherten Leistungen im Ausland. Auf diese wird eine entsprechende Kostenbeteiligung erhoben.

#### 9.1.2. Wechsel / Kündigung der Franchise

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

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

#### 9.1.3. Franchisehöhe

Es stehen folgende Franchisehöhen zur Auswahl:

CHF 2'000 pro Kalenderjahr

CHF 5'000 pro Kalenderjahr

Die Franchise kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung der BASIS wird zusätzlich erhoben.

### 9.2. Vergütung

Die KOMBI HALBPRIVAT, PRIVAT und GLOBAL leisten an Versicherte ab 16 Jahren eine Vergütung bei Wahl einer günstigeren Spitalabteilung in einem Akutspital in der Schweiz.

KOMBI HALBPRIVAT:	Allgemeine Abteilung bis CHF 300 pro Tag Allgemeine Abteilung Komfort Ein- und Zweibettzimmer bis CHF 200 pro Tag
KOMBI PRIVAT/GLOBAL:	Allgemeine Abteilung bis CHF 400 pro Tag Allgemeine Abteilung Komfort Ein- und Zweibettzimmer bis CHF 300 pro Tag Halbprivate Abteilung bis CHF 200 pro Tag

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

Die Vergütung wird geleistet, wenn keine Franchise vereinbart ist.

## 10. KOSTENBETEILIGUNG IN DER KOMBI FLEX

### 10.1. Umfang der Kostenbeteiligung

Der Versicherte wählt vor dem Spitaleintritt die Spitalabteilung. Mit deren Wahl ist die Kostenbeteiligung bestimmt.

Folgende Kostenbeteiligungen werden erhoben:

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

Diese Kostenbeteiligung gilt auch bei Mutterschaft.

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

Die Kostenbeteiligung kann der Kostenentwicklung angepasst werden. Die gesetzliche Kostenbeteiligung der BASIS wird zusätzlich erhoben.

### 10.2. Maximale Kostenbeteiligung für Familien

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

# PRIVAT UNFALL

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2016

<b>1. Versicherungsgrundlagen</b>	
1.1. Versicherungsträger.....	28
1.2. Gemeinsame Bestimmungen.....	28
1.3. Zweck.....	28
1.4. Leistungsvoraussetzung.....	28
1.5. Örtlicher Geltungsbereich.....	28
1.6. Versicherungsabschluss.....	28
<b>2. Stationäre Behandlung</b>	
2.1. Spitalbehandlung.....	28
2.2. Langzeitbehandlung.....	28
2.2.1. Definition.....	28
2.2.2. Leistungsumfang.....	28
2.3. Stationäre Rehabilitation.....	28
2.4. Leistung im Ausland.....	28
2.4.1. Notfall.....	28
2.4.2. Kostengutsprache gesuch.....	28
2.5. Kur.....	28
2.5.1. Erholungskur.....	28
2.5.2. Badekur.....	29
2.5.3. Andere Kur.....	29
2.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt.....	29
2.6. Rooming-In.....	29
<b>3. Besondere Leistungen</b>	
3.1. Haushaltshilfe.....	29
3.1.1. Im Allgemeinen.....	29
3.1.2. Leistungsumfang.....	29
3.1.3. Leistungserbringer.....	29
3.2. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen.....	29
3.3. Kinderhütedienst.....	29
3.3.1. Im Allgemeinen.....	29
3.3.2. Leistungsvoraussetzung.....	29
3.3.3. Leistungsumfang.....	29
3.4. Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen.....	29
3.4.1. Behandlung durch Ärzte ohne KVG-Unterstellung.....	29
3.4.2. Privatsprechstunde bei Spitalärzten ohne KVG-Unterstellung.....	29
3.4.3. Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland.....	29
3.5. Hilfsmittel.....	29
<b>4. CASAMED-Variante</b>	
4.1. Zusätzliche Bedingungen.....	30
4.2. Hausarztprinzip.....	30
4.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip.....	30
4.4. Spitäler.....	30
4.5. Notfall.....	30
4.6. Leistungsausschluss.....	30

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

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1. Versicherungsträger

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

### 1.2. Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3. Zweck

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

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

### 1.4. Leistungsvoraussetzung

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

Die Versicherung leistet bei stationärer Behandlung, wenn sie in einem Spital gemäss Art. 39 KVG erfolgt.

Anerkannt sind Spitäler, mit denen der Versicherer Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat. Für psychiatrische Behandlungen werden in keinem Fall Leistungen erbracht.

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

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

### 1.5. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung leistet in der Schweiz, bei Notfall weltweit.

### 1.6. Versicherungsabschluss

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

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

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

## 2. STATIONÄRE BEHANDLUNG

### 2.1. Spitalbehandlung

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

### 2.2. Langzeitbehandlung

#### 2.2.1. Definition

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

#### 2.2.2. Leistungsumfang

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

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

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

### 2.3. Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einem vom Versicherer anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, leistet die Versicherung in den ersten 60 Tagen gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziff. 2.1.

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

### 2.4. Leistung im Ausland

#### 2.4.1. Notfall

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

#### 2.4.2. Kostengutsprache gesuch

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

### 2.5. Kur

#### 2.5.1. Erholungskur

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

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

### 2.5.2. Badekur

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

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

Die Versicherung leistet unabhängig davon, ob der Versicherte stationär behandelt wird oder privat am Ort des Heilbades wohnt.

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

### 2.5.3. Andere Kur

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

### 2.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt

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

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

## 2.6. Rooming-In

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

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

## 3. BESONDERE LEISTUNGEN

### 3.1. Haushalthilfe

#### 3.1.1. Im Allgemeinen

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

#### 3.1.2. Leistungsumfang

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

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

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

#### 3.1.3. Leistungserbringer

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

Die Hilfe durch Angehörige des Versicherten wird anerkannt, wenn dem Angehörigen Erwerbsausfall oder Fahrspesen entstehen.

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

### 3.2. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

Die Versicherung leistet an die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
- des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton des Versicherten zur stationären Behandlung,
- für Rettungs- und Bergungsaktionen insgesamt bis CHF 30'000 pro Kalenderjahr.

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

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

### 3.3. Kinderhütendienst

#### 3.3.1. Im Allgemeinen

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

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

#### 3.3.2. Leistungsvoraussetzung

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

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

#### 3.3.3. Leistungsumfang

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

### 3.4. Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen

#### 3.4.1. Behandlung durch Ärzte ohne KVG-Unterstellung

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

#### 3.4.2. Privatsprechstunde bei Spitalärzten ohne KVG-Unterstellung

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

#### 3.4.3. Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland

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

### 3.5. Hilfsmittel

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

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

## 4. CASAMED-VARIANTE

### 4.1. Zusätzliche Bedingungen

---

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

### 4.2. Hausarztprinzip

---

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

Die Versicherung kann telemedizinische Institutionen als Hausarzt anerkennen.

### 4.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip

---

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

### 4.4. Spitäler

---

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

### 4.5. Notfall

---

Die Versicherung leistet bei Notfällen ungeachtet vom Hausarztprinzip. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

### 4.6. Leistungsausschluss

---

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

# FAMILY

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2014

<b>1. Versicherungsgrundlagen</b>		
1.1. Versicherungsträger.....	32	
1.2. Gemeinsame Bestimmungen.....	32	
1.3. Zweck.....	32	
1.4. Leistungsvoraussetzung.....	32	
1.5. Örtlicher Geltungsbereich.....	32	
1.6. Versicherungsabschluss.....	32	
<b>2. Ambulante Behandlung</b>		
2.1. Ärztliche Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes.....	32	
2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland.....	32	
2.3. Nichtärztliche Psychotherapie.....	32	
2.3.1. Leistungsumfang.....	32	
2.3.2. Leistungsvoraussetzung.....	32	
2.4. Thermalbad.....	32	
2.5. Sterilisation.....	32	
<b>3. Stationäre Behandlung</b>		
3.1. Spitalbehandlung.....	32	
3.1.1. Leistungsvoraussetzung.....	32	
3.1.2. Leistungsumfang.....	32	
3.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung.....	32	
3.1.4. Behandlung in einem Nicht-Listenspital.....	32	
3.2. Stationäre Rehabilitation.....	32	
3.3. Psychiatrische Klinik.....	32	
3.4. Notfall im Ausland.....	33	
3.5. Kur.....	33	
3.5.1. Erholungskur.....	33	
3.5.2. Badekur.....	33	
3.5.3. Andere Kur.....	33	
3.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt.....	33	
3.6. Haushalthilfe.....	33	
3.6.1. Im Allgemeinen.....	33	
3.6.2. Leistungsumfang.....	33	
3.6.3. Leistungserbringer.....	33	
3.7. Kinderhütendienst.....	33	
3.7.1. Im Allgemeinen.....	33	
3.7.2. Leistungsvoraussetzung.....	33	
3.7.3. Leistungsumfang.....	33	
3.8. Rooming-In.....	33	
<b>4. Mutterschaft</b>		
4.1. Kosten der stationären Behandlung.....	33	
4.2. Zweibettzimmer oder Familienzimmer.....	33	
4.3. Geburt im Geburtshaus.....	33	
4.4. Haushalthilfe nach Geburt.....	33	
4.4.1. Im Allgemeinen.....	33	
4.4.2. Leistungsumfang bei Spitalgeburt.....	34	
4.4.3. Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt.....	34	
4.5. Geburtsvorbereitung.....	34	
4.6. Stillgeld.....	34	
<b>5. Prävention</b>		
5.1. Check-Up-Untersuchung.....	34	
5.2. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung.....	34	
5.3. Gesundheitskonto.....	34	
5.3.1. Leistungsumfang.....	34	
5.3.2. Leistungsvoraussetzung.....	34	
5.4. Impfung.....	34	
<b>6. Hilfsmittel</b>		
6.1. Sehhilfen.....	34	
6.2. Andere Hilfsmittel.....	34	
<b>7. Zahnärztliche Behandlung</b>		
7.1. Weisheitszähne.....	34	
7.2. Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche.....	34	
7.3. Leistung des Gemeinwesens.....	34	
7.4. Leistungserbringer und Tarif.....	34	
7.5. Behandlung im Ausland.....	34	
<b>8. Alternativmedizin</b>		34
<b>9. Medikamente und Heilmittel</b>		
9.1. Nichtpflichtmedikamente.....	35	
9.2. Natürliche Heilmittel.....	35	
<b>10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten</b>		
10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen.....	35	
10.1.1. Leistungsumfang.....	35	
10.1.2. Selbstbehalt.....	35	
10.1.3. Leistungen Dritter.....	35	
10.2. Suchaktionen.....	35	
10.3. Fahrtspesen.....	35	
<b>11. CASAMED-Variante</b>		
11.1. Im Allgemeinen.....	35	
11.2. Hausarztprinzip.....	35	
11.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip.....	35	
11.4. Spitäler.....	35	
11.5. Andere Fachpersonen.....	35	
11.6. Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel.....	35	
11.7. Weitere Leistungserbringer.....	35	
11.8. Notfall.....	35	
11.9. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante.....	36	
11.9.1. Leistungsausschluss.....	36	
11.9.2. Ausschluss CASAMED-Variante.....	36	
11.10. Leistungsabwicklung.....	36	
11.10.1. Pauschalabrechnung.....	36	
11.10.2. Veranlasste Leistung.....	36	

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

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1. Versicherungsträger

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

### 1.2. Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3. Zweck

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

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

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

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

### 1.4. Leistungsvoraussetzung

FAMILY leistet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer anerkannt sind. FAMILY leistet bei stationärer Behandlung, wenn die Behandlung in einem Spital gemäss Art. 39 Krankenversicherungsgesetz (KVG) erfolgt.

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

### 1.5. Örtlicher Geltungsbereich

FAMILY leistet in der Schweiz, wenn nicht anders bestimmt.

### 1.6. Versicherungsabschluss

FAMILY kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr abgeschlossen werden.

## 2. AMBULANTE BEHANDLUNG

### 2.1. Ärztliche Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

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

### 2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

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

## 2.3. Nichtärztliche Psychotherapie

### 2.3.1. Leistungsumfang

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

### 2.3.2. Leistungsvoraussetzung

FAMILY leistet nach Bewilligung des Kostengutsprachegebietes durch den Vertrauensarzt.

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

## 2.4. Thermalbad

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

## 2.5. Sterilisation

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

## 3. STATIONÄRE BEHANDLUNG

### 3.1. Spitalbehandlung

#### 3.1.1. Leistungsvoraussetzung

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

#### 3.1.2. Leistungsumfang

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

#### 3.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

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

#### 3.1.4. Behandlung in einem Nicht-Listenspital

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

### 3.2. Stationäre Rehabilitation

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

### 3.3. Psychiatrische Klinik

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



### 3.4. Notfall im Ausland

---

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

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

### 3.5. Kur

---

#### 3.5.1. Erholungskur

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

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

#### 3.5.2. Badekur

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

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

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

#### 3.5.3. Andere Kur

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

#### 3.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt

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

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

### 3.6. Haushalthilfe

---

#### 3.6.1. Im Allgemeinen

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

#### 3.6.2. Leistungsumfang

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

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

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

#### 3.6.3. Leistungserbringer

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

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

### 3.7. Kinderhütendienst

---

#### 3.7.1. Im Allgemeinen

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

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

#### 3.7.2. Leistungsvoraussetzung

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

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

#### 3.7.3. Leistungsumfang

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

### 3.8. Rooming-In

---

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

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

## 4. MUTTERSCHAFT

### 4.1. Kosten der stationären Behandlung

---

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

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

### 4.2. Zweibettzimmer oder Familienzimmer

---

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

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

### 4.3. Geburt im Geburtshaus

---

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

### 4.4. Haushalthilfe nach Geburt

---

#### 4.4.1. Im Allgemeinen

FAMILY leistet Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushalthilfe durch vom Versicherer anerkanntes Personal.

Die Beiträge werden anstelle der Leistungen gemäss Ziffer 3.6. geleistet. Die Beiträge werden auch geleistet, wenn die Hilfe durch Angehörige des Versicherten erbracht wird und der Angehörige einen nachweisbaren Erwerbsausfall hat.

#### 4.4.2. Leistungsumfang bei Spitalgeburt

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

#### 4.4.3. Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt

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

#### 4.5. Geburtsvorbereitung

---

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

#### 4.6. Stillgeld

---

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

### 5. PRÄVENTION

#### 5.1. Check-Up-Untersuchung

---

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

#### 5.2. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

---

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

#### 5.3. Gesundheitskonto

---

##### 5.3.1. Leistungsumfang

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

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

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

##### 5.3.2. Leistungsvoraussetzung

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

#### 5.4. Impfung

---

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

### 6. HILFSMITTEL

#### 6.1. Sehhilfen

---

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

#### 6.2. Andere Hilfsmittel

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

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

#### 7. Zahnärztliche Behandlung

---

##### 7.1. Weisheitszähne

FAMILY leistet 90 % der Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen.

Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tarife der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen.

##### 7.2. Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche

FAMILY leistet zusätzlich für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre

– die Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen bis CHF 60.– pro Kalenderjahr,

– 70 % der Kosten für kieferorthopädische Behandlung gemäss anerkanntem Tarif.

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

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

##### 7.3. Leistung des Gemeinwesens

---

FAMILY rechnet Leistungen der Kantone und Gemeinden an.

FAMILY leistet im Nachgang.

##### 7.4. Leistungserbringer und Tarif

---

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

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

##### 7.5. Behandlung im Ausland

---

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

### 8. ALTERNATIVMEDIZIN

FAMILY leistet bei alternativmedizinischer Behandlung.

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

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

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

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

Wird die alternativmedizinische Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erbracht, ist sie zu gleichen Bedingungen versichert.

Vorbehalt bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten.

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

## 9. MEDIKAMENTE UND HEILMITTEL

### 9.1. Nichtpflichtmedikamente

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

### 9.2. Natürliche Heilmittel

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

## 10. TRANSPORTKOSTEN, SUCH-, RETTUNGS- UND BERGUNGSKOSTEN

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

#### 10.1.1. Leistungsumfang

FAMILY leistet an die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
  - des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton des Versicherten zur stationären Behandlung,
  - für Rettungs- und Bergungsaktionen
- insgesamt bis CHF 50'000.– pro Kalenderjahr.

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

#### 10.1.2. Selbstbehalt

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

#### 10.1.3. Leistungen Dritter

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

### 10.2. Suchaktionen

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

### 10.3. Fahrtspesen

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

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

## 11. CASAMED-VARIANTE

### 11.1. Im Allgemeinen

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

### 11.2. Hausarztprinzip

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

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

### 11.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip

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

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

### 11.4. Spitäler

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

### 11.5. Andere Fachpersonen

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

### 11.6. Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel

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

### 11.7. Weitere Leistungserbringer

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

### 11.8. Notfall

FAMILY deckt Notfälle ungeachtet vom Hausarztprinzip.

Vorbehalt bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

## **11.9. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante**

---

### **11.9.1. Leistungsausschluss**

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

### **11.9.2. Ausschluss CASAMED-Variante**

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

## **11.10. Leistungsabwicklung**

---

### **11.10.1. Pauschalabrechnung**

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

### **11.10.2. Veranlasste Leistung**

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

# FAMILY FLEX

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2014

<b>1. Versicherungsgrundlagen</b>		
1.1. Versicherungsträger.....	38	
1.2. Gemeinsame Bestimmungen.....	38	
1.3. Zweck.....	38	
1.4. Leistungsvoraussetzung.....	38	
1.5. Örtlicher Geltungsbereich.....	38	
1.6. Versicherungsabschluss.....	38	
<b>2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland</b>		
2.3. Nichtärztliche Psychotherapie.....	38	
2.3.1. Leistungsumfang.....	38	
2.3.2. Leistungsvoraussetzung.....	38	
2.4. Thermalbad.....	38	
2.5. Sterilisation.....	38	
<b>3. Stationäre Behandlung</b>		
3.1. Spitalbehandlung.....	38	
3.1.1. Leistungsvoraussetzung.....	38	
3.1.2. Leistungsumfang.....	38	
3.1.3. Versicherte Abteilung und Kostenbeteiligung.....	38	
3.2. Stationäre Rehabilitation.....	39	
3.3. Psychiatrische Klinik.....	39	
3.4. Notfall im Ausland.....	39	
3.5. Kur.....	39	
3.5.1. Erholungskur.....	39	
3.5.2. Badekur.....	39	
3.5.3. Andere Kur.....	39	
3.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt.....	39	
3.6. Haushalthilfe.....	39	
3.6.1. Im Allgemeinen.....	39	
3.6.2. Leistungsumfang.....	39	
3.6.3. Leistungserbringer.....	39	
3.7. Kinderhütendienst.....	39	
3.7.1. Im Allgemeinen.....	39	
3.7.2. Leistungsvoraussetzung.....	39	
3.7.3. Leistungsumfang.....	39	
3.8. Rooming-In.....	39	
<b>4. Mutterschaft</b>		
4.1. Kosten der stationären Behandlung.....	39	
4.2. Geburt im Geburtshaus.....	39	
4.3. Haushalthilfe nach Geburt.....	40	
4.3.1. Im Allgemeinen.....	40	
4.3.2. Leistungsumfang bei Spitalgeburt.....	40	
4.3.3. Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt.....	40	
4.4. Geburtsvorbereitung.....	40	
4.5. Stillgeld.....	40	
<b>5. Prävention</b>		
5.1. Check-Up-Untersuchung.....	40	
5.2. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung.....	40	
5.3. Gesundheitskonto.....	40	
5.3.1. Leistungsumfang.....	40	
5.3.2. Leistungsvoraussetzung.....	40	
5.4. Impfung.....	40	
<b>6. Hilfsmittel</b>		
6.1. Sehhilfen.....	40	
6.2. Andere Hilfsmittel.....	40	
<b>7. Zahnärztliche Behandlung</b>		
7.1. Weisheitszähne.....	40	
7.2. Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche.....	40	
7.3. Leistung des Gemeinwesens.....	40	
7.4. Leistungserbringer und Tarif.....	40	
7.5. Behandlung im Ausland.....	41	
<b>8. Alternativmedizin</b> .....	41	
<b>9. Medikamente und Heilmittel</b>		
9.1. Nichtpflichtmedikamente.....	41	
9.2. Natürliche Heilmittel.....	41	
<b>10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten</b>		
10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen.....	41	
10.1.1. Leistungsumfang.....	41	
10.1.2. Selbstbehalt.....	41	
10.1.3. Leistungen Dritter.....	41	
10.2. Suchaktionen.....	41	
10.3. Fahrtspesen.....	41	
<b>11. CASAMED-Variante</b>		
11.1. Im Allgemeinen.....	41	
11.2. Hausarztprinzip.....	41	
11.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip.....	41	
11.4. Spitäler.....	41	
11.5. Andere Fachpersonen.....	42	
11.6. Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel.....	42	
11.7. Weitere Leistungserbringer.....	42	
11.8. Notfall.....	42	
11.9. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante.....	42	
11.9.1. Leistungsausschluss.....	42	
11.9.2. Ausschluss CASAMED-Variante.....	42	
11.10. Leistungsabwicklung.....	42	
11.10.1. Pauschalabrechnung.....	42	
11.10.2. Veranlasste Leistung.....	42	

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

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1. Versicherungsträger

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

### 1.2. Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen (GB) des Versicherers sind integrierter Bestandteil dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Bei Abweichungen gehen die AVB den GB vor.

### 1.3. Zweck

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

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

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

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

### 1.4. Leistungsvoraussetzung

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

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

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

### 1.5. Örtlicher Geltungsbereich

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

### 1.6. Versicherungsabschluss

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

## 2. AMBULANTE BEHANDLUNG

### 2.1. Ärztliche Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

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

### 2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

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

## 2.3. Nichtärztliche Psychotherapie

### 2.3.1. Leistungsumfang

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

### 2.3.2. Leistungsvoraussetzung

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

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

## 2.4. Thermalbad

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

## 2.5. Sterilisation

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

## 3. STATIONÄRE BEHANDLUNG

### 3.1. Spitalbehandlung

#### 3.1.1. Leistungsvoraussetzung

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

#### 3.1.2. Leistungsumfang

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

Der Versicherte wählt vor Spitaleintritt die Abteilung mit entsprechender Kostenbeteiligung.

#### 3.1.3. Versicherte Abteilung und Kostenbeteiligung

Der Versicherte kann unter folgenden Abteilungen wählen:

<i>Abteilung</i>	<i>Kostenbeteiligung</i>
Allgemeine Abteilung:	keine
Allgemeine Abteilung	
Komfort Zweibettzimmer:	10 %, max. CHF 200 pro Kalenderjahr
Allgemeine Abteilung	
Komfort Einbettzimmer:	10 %, max. CHF 200 pro Kalenderjahr
Allgemeine Abteilung	
Komfort Familienzimmer	
(nur bei Geburt):	10 %, max. CHF 200 pro Kalenderjahr
Halbprivate Abteilung:	15 %, max. CHF 1500 pro Kalenderjahr
Halbprivate Abteilung	
Familienzimmer	
(nur bei Geburt):	15 %, max. CHF 1'500 pro Kalenderjahr

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

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

Die Kostenbeteiligung kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

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

### **3.2. Stationäre Rehabilitation**

---

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

### **3.3. Psychiatrische Klinik**

---

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

### **3.4. Notfall im Ausland**

---

FAMILY FLEX leistet bei Notfall im Ausland für stationäre Behandlung in der versicherten Abteilung eines Spitals bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziff. 3.1.3., solange ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist. Dem Versicherer ist sofort, spätestens innert zehn Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprachege such einzureichen.

### **3.5. Kur**

---

#### **3.5.1. Erholungskur**

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

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

#### **3.5.2. Badekur**

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

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

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

#### **3.5.3. Andere Kur**

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

#### **3.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt**

Die ärztliche Verordnung mit Diagnose für einen Kuraufenthalt ist dem Versicherer zwei Wochen vor Kurauftritt einzureichen.

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

### **3.6. Haushalthilfe**

---

#### **3.6.1. Im Allgemeinen**

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

#### **3.6.2. Leistungsumfang**

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

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

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

#### **3.6.3. Leistungserbringer**

Als Haushalthilfe wird anerkannt, wer gewerbmässig oder für eine vom Versicherer vertraglich anerkannte Organisation den Haushalt des Versicherten besorgt.

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

### **3.7. Kinderhütendienst**

---

#### **3.7.1. Im Allgemeinen**

FAMILY FLEX leistet Beiträge an durchgeführte Betreuungs- und Pflegedienste für Kinder bis zwölf Jahre.

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

#### **3.7.2. Leistungsvoraussetzung**

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

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

#### **3.7.3. Leistungsumfang**

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

### **3.8. Rooming-In**

---

Wird ein Kind bis zwölf Jahre stationär behandelt, leistet FAMILY FLEX aus der Versicherung des Kindes die Kosten für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes.

Wird ein Elternteil stationär behandelt, leistet FAMILY FLEX aus der Versicherung des Elternteils die Kosten für den Aufenthalt eines Kindes bis zwölf Jahre im Zimmer des Elternteils

## **4. MUTTERSCHAFT**

### **4.1. Kosten der stationären Behandlung**

---

Besteht für das Neugeborene keine entsprechende eigene Versicherung, leistet FAMILY FLEX der Mutter die ungedeckten Kosten des Kindes im Spital in der versicherten Abteilung gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziff. 3.1.3.

### **4.2. Geburt im Geburtshaus**

---

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

## 4.3. Haushalthilfe nach Geburt

### 4.3.1. Im Allgemeinen

FAMILY FLEX leistet Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushalthilfe durch vom Versicherer anerkanntes Personal. Die Beiträge werden anstelle der Leistungen gemäss Ziffer 3.6. geleistet.

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

### 4.3.2. Leistungsumfang bei Spitalgeburt

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

### 4.3.3. Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt

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

## 4.4. Geburtsvorbereitung

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

## 4.5. Stillgeld

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

## 5. PRÄVENTION

### 5.1. Check-Up-Untersuchung

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

### 5.2. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

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

### 5.3. Gesundheitskonto

#### 5.3.1. Leistungsumfang

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

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

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

#### 5.3.2. Leistungsvoraussetzung

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

## 5.4. Impfung

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

## 6. HILFSMITTEL

### 6.1. Sehhilfen

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

### 6.2. Andere Hilfsmittel

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

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

## 7. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

### 7.1. Weisheitszähne

FAMILY FLEX leistet 90% der Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen.

Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tarife der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen.

### 7.2. Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche

FAMILY FLEX leistet zusätzlich für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre

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

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

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

### 7.3. Leistung des Gemeinwesens

FAMILY FLEX rechnet Leistungen der Kantone und Gemeinden an.

FAMILY FLEX leistet im Nachgang.

### 7.4. Leistungserbringer und Tarif

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

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



## 7.5. Behandlung im Ausland

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

## 8. ALTERNATIVMEDIZIN

FAMILY FLEX leistet bei alternativmedizinischer Behandlung.

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

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

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

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

Wird die alternativmedizinische Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erbracht, ist sie zu gleichen Bedingungen versichert.

Vorbehalt bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten.

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

## 9. MEDIKAMENTE UND HEILMITTEL

### 9.1. Nichtpflichtmedikamente

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

### 9.2. Natürliche Heilmittel

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

## 10. TRANSPORTKOSTEN, SUCH-, RETTUNGS- UND BERGUNGSKOSTEN

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

#### 10.1.1. Leistungsumfang

FAMILY FLEX leistet an die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
  - des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton des Versicherten zur stationären Behandlung,
  - für Rettungs- und Bergungsaktionen
- insgesamt bis CHF 50'000 pro Kalenderjahr.

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

### 10.1.2. Selbstbehalt

Der Versicherte hat CHF 100 pro Fall selbst zu tragen.

### 10.1.3. Leistungen Dritter

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

### 10.2. Suchaktionen

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

### 10.3. Fahrtspesen

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

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

## 11. CASAMED-VARIANTE

### 11.1. Im Allgemeinen

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

### 11.2. Hausarztprinzip

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

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

### 11.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip

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

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

### 11.4. Spitäler

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

## **11.5. Andere Fachpersonen**

---

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

## **11.6. Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel**

---

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

## **11.7. Weitere Leistungserbringer**

---

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

## **11.8. Notfall**

---

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

## **11.9. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante**

---

### **11.9.1. Leistungsausschluss**

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

### **11.9.2. Ausschluss CASAMED-Variante**

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

## **11.10. Leistungsabwicklung**

---

### **11.10.1. Pauschalabrechnung**

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

### **11.10.2. Veranlasste Leistung**

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

# DENTAL

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2012

<b>1. Versicherungsgrundlagen</b>	
1.1. Zweck .....	44
1.2. Versicherungsabschluss .....	44
1.3. Leistungsvoraussetzung .....	44
1.4. Ausland .....	44
<b>2. Versicherungsmöglichkeiten</b>	
2.1. DENTAL PICCOLO .....	44
2.1.1. Leistungen .....	44
2.1.2. Automatischer Übertritt .....	44
2.2. DENTAL .....	44
2.2.1. Leistungsvarianten .....	44
2.2.2. Prophylaxe und Kontrolle .....	44
2.2.3. Leistungen / Behandlungszeitraum .....	44
2.2.4. Karenzzeit .....	44
2.2.5. Geltendmachung der Ansprüche .....	44
<b>3. CASAMED-Variante</b>	
3.1. Allgemeines .....	44
3.2. Leistungsvoraussetzung .....	45
3.3. Notfälle .....	45
3.4. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante .....	45
3.4.1. Leistungsausschluss .....	45
3.4.2. Ausschluss CASAMED-Variante .....	45
3.5. Prämien .....	45

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

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1. Zweck

DENTAL leistet für zahnärztliche Behandlungen und prophylaktische Massnahmen.

### 1.2. Versicherungsabschluss

DENTAL kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

Bei Versicherungsabschluss bestehende Leiden, wie etwa nicht sanierte oder fehlende Zähne, Zahnfehlstellungen, Kieferanomalien usw. sind nicht versichert. Die Leistungseinschränkung wird dem Versicherten schriftlich mitgeteilt.

Die letzte zahnärztliche Kontrolluntersuchung oder Behandlung darf nicht länger als ein Jahr vor Versicherungsbeginn zurückliegen.

Kinder, die im ersten Lebensjahr für die Zahnbehandlungskosten versichert werden, sind ohne Einschränkung versichert.

### 1.3. Leistungsvoraussetzung

Versichert sind die zahnmedizinisch notwendigen, wissenschaftlich anerkannten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, sofern die Wirtschaftlichkeit der Behandlung gewährleistet ist.

Die Vergütung erfolgt nach Zahnarzttarif SSO mit dem Taxpunktwert der Sozialversicherungen (nach KVG, UVG, MVG, IVG). Als Zahnärztin oder Zahnarzt gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

DENTAL leistet subsidiär, d.h. im Nachgang oder in Ergänzung zur gesetzlichen Krankenpflege- oder Unfallversicherung sowie zu Leistungen der Kantone und Gemeinden. Sind andere Versicherer leistungspflichtig, wird die Leistung anteilmässig erbracht.

### 1.4. Ausland

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

## 2. VERSICHERUNGSMÖGLICHKEITEN

Es bestehen folgende Versicherungsmöglichkeiten:

- DENTAL PICCOLO bis zum vollendeten 15. Altersjahr
- DENTAL

### 2.1. DENTAL PICCOLO

#### 2.1.1. Leistungen

Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 15. Altersjahr werden die Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen bis CHF 40.– pro Kalenderjahr vergütet.

#### 2.1.2. Automatischer Übertritt

Bei Vollendung des 15. Altersjahres erfolgt auf Beginn des folgenden Jahres automatisch und ohne Leistungseinschränkung der Übertritt von DENTAL PICCOLO in DENTAL A. Dem Versicherten steht innert drei Monaten nach erfolgter Mitteilung ein Rücktrittsrecht zu.

## 2.2. DENTAL

### 2.2.1. Leistungsvarianten

Variante	Maximaler Leistungsanspruch pro Kalenderjahr
– DENTAL A	75% bis max. CHF 1'000.– Franchise CHF 500.–
– DENTAL B	50% bis max. CHF 500.–
– DENTAL C	50% bis max. CHF 1'000.–
– DENTAL D	75% bis max. CHF 1'000.–
– DENTAL E	75% bis max. CHF 1'500.–
– DENTAL F	75% bis max. CHF 3'000.–
– DENTAL G	75% bis max. CHF 5'000.– Franchise CHF 500.–
– DENTAL H	75% bis max. CHF 5'000.–

Der Versicherer kann für Kinder bis zum vollendeten 15. Altersjahr den Franchisebetrag (bei Varianten mit Franchise) reduzieren.

Bei den Varianten mit Franchise wird diese in einem festen Betrag pro Kalenderjahr erhoben. Der maximale Leistungsanspruch pro Kalenderjahr berechnet sich aus dem die Franchise übersteigenden Restbetrag.

### 2.2.2. Prophylaxe und Kontrolle

DENTAL leistet für eine Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen und für Prophylaxe bis CHF 100.– pro Kalenderjahr. Die Kostenbeteiligung der Leistungsvariante kommt nicht zur Anwendung.

### 2.2.3. Leistungen / Behandlungszeitraum

Im Rahmen der gewählten Leistungsklasse umfasst die Versicherung alle Kosten für zahnärztliche Behandlungen inklusive Laborkosten.

Für Zahnpflegemittel werden keine Leistungen erbracht.

Der Versicherer leistet die versicherten Beträge pro Kalenderjahr.

### 2.2.4. Karenzzeit

Der Leistungsanspruch aus DENTAL beginnt

- nach einer Karenzzeit von 12 Monaten für prothetische Versorgungen (wie Kronen, Brücken, Prothesen, Stifzähne, Stumpfaufbauten sowie Apparaturen zur Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen inkl. entsprechende Provisorien, Reparaturen und die dazugehörigen zahnärztlichen Behandlungen und Kontrollen) und
- nach einer Karenzzeit von 6 Monaten für alle übrigen Behandlungen.

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

### 2.2.5. Geltendmachung der Ansprüche

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

## 3. CASAMED-VARIANTE

### 3.1. Allgemeines

Die CASAMED-Variante setzt voraus, dass der Versicherte in der BASIS CASAMED versichert ist.

Für die CASAMED-Variante gelten folgende zusätzliche Bedingungen.

### **3.2. Leistungsvoraussetzung**

---

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

### **3.3. Notfälle**

---

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

### **3.4. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante**

---

#### **3.4.1. Leistungsausschluss**

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

#### **3.4.2. Ausschluss CASAMED-Variante**

Bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten ist der Versicherer berechtigt, den Versicherten aus der CASAMED-Variante in die ordentliche Versicherungsvariante umzuteilen.

### **3.5. Prämien**

---

In der CASAMED-Variante gilt eine reduzierte Prämie.



# TOURIST

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2016

<b>1. Grundlagen</b>	
1.1. Gegenstand der Versicherung .....	48
1.2. Gemeinsame Bestimmungen.....	48
<b>2. Abschluss, Beginn und Dauer</b>	
2.1. Versicherte Personen .....	48
2.1.1. Personenkreis .....	48
2.1.2. Einzelpersonen .....	48
2.1.3. Familien.....	48
2.2. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung.....	48
<b>3. Leistungen</b>	
3.1. Leistungsbereich .....	48
3.1.1. Örtlicher Leistungsbereich .....	48
3.1.2. Zeitlicher Leistungsbereich .....	48
3.2. Leistungsvoraussetzung .....	48
3.3. Heilungskosten .....	48
3.4. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten .....	48
3.5. Besuchsreise und Reisemehrkosten .....	48
3.5.1. Besuchsreise.....	48
3.5.2. Extra-Rückreise.....	49
3.6. Deckungssummen .....	49
3.6.1. TOURIST 50/100.....	49
3.6.2. TOURIST 250/500 .....	49
3.7. Service-Dienstleistungen .....	49
3.7.1. Kostenvorschuss an ein Spital.....	49
3.7.2. Benachrichtigung von Personen zu Hause.....	49
3.7.3. Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland .....	49
3.7.4. Medizinische Beratung durch Ärzte .....	49
3.8. Leistungsbeschränkungen .....	49
3.8.1. Grundsatz.....	49
3.8.2. Leistungsausschluss.....	49
3.8.3. Leistungseinschränkung .....	49
3.9. Verjährung .....	49
<b>4. Kostenbeteiligung .....</b>	<b>49</b>
<b>5. Pflichten im Schadenfall</b>	
5.1. Benachrichtigung der Notruf-Zentrale .....	49
5.2. Entbindung von der Schweigepflicht.....	49
5.3. Geltendmachung des Anspruchs .....	50
5.4. Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts.....	50
<b>6. Leistungen Dritter</b>	
6.1. Im Allgemeinen .....	50
6.2. Leistungsverzicht.....	50
6.3. Sozialversicherungen .....	50
6.4. Bestehende Versicherungen bei den ÖKK Versicherungen AG.....	50
6.5. Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen.....	50

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

## 1. GRUNDLAGEN

### 1.1. Gegenstand der Versicherung

Die Versicherung erbringt Leistungen an die ungedeckten Kosten notfallmässiger Behandlungen bei Krankheit, Unfall und frühzeitiger Geburt während einer Ferien- oder Geschäftsreise bzw. eines auswärtigen Aufenthalts. Sie erbringt im weiteren Leistungen an Transport-, Such-, Rettungs- und Bergungskosten sowie Service-Dienstleistungen. Massgebend für die Deckung sind die nachfolgenden Leistungsbestimmungen.

### 1.2. Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der ÖKK Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen über TOURIST. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen über TOURIST den Gemeinsamen Bestimmungen des Versicherers vor.

## 2. ABSCHLUSS, BEGINN UND DAUER

### 2.1. Versicherte Personen

#### 2.1.1. Personenkreis

Versichert sind Personen, welche beim Versicherer die Versicherung TOURIST abgeschlossen haben. Der Versicherungsabschluss steht allen Personen ohne Altersbeschränkung offen.

#### 2.1.2. Einzelpersonen

Versichert sind die auf der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

#### 2.1.3. Familien

Versichert sind der/die auf der Versicherungspolice aufgeführte VersicherungsnehmerIn sowie der Ehegatte/die Ehegattin resp. LebenspartnerIn und dessen/deren Kinder bis zum vollendeten 25. Altersjahr, sofern diese mit dem/der VersicherungsnehmerIn im gleichen Haushalt leben.

### 2.2. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung richten sich nach den Gemeinsamen Bestimmungen des Versicherers.

Die Versicherung kann nur zusammen mit mindestens einer der folgenden Versicherungsabteilungen abgeschlossen bzw. geführt werden:

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

Voraussetzung bei Familien für das Abschliessen und Führen der TOURIST-Versicherung ist, dass mindestens ein Elternteil über den ALLGEMEINEN ZUSATZ, PRIVAT-ZUSATZ, OPTIMA, PREMIUM, FAMILY, FAMILY FLEX, SALTO oder eine KOMBI beim Versicherer versichert ist.

Versicherte von anderen Versicherungsgesellschaften können die TOURIST abschliessen und führen, solange sie bei ihrer Versicherungsgesellschaft ein vergleichbares Produkt abgeschlossen haben. Der Versicherer entscheidet abschliessend über die Aufnahme.

## 3. LEISTUNGEN

### 3.1. Leistungsbereich

#### 3.1.1. Örtlicher Leistungsbereich

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

#### 3.1.2. Zeitlicher Leistungsbereich

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

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

### 3.2. Leistungsvoraussetzung

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

### 3.3. Heilungskosten

Die Versicherung übernimmt im Nachgang zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG, zur Unfallversicherung nach UVG und allfällig beim Versicherer oder anderer 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 Gemeinsamen Bestimmungen 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.

### 3.4. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

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

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

### 3.5. Besuchsreise und Reisemehrkosten

#### 3.5.1. Besuchsreise

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



### 3.5.2. Extra-Rückreise

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

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

## 3.6. Deckungssummen

---

Es können folgende Varianten abgeschlossen werden:

### 3.6.1. TOURIST 50/100

Die Deckungssumme beträgt für sämtliche Leistungen insgesamt CHF 50'000.– pro versicherte Person, jedoch maximal CHF 100'000.– pro versicherte Familie. Folgende Varianten können abgeschlossen werden (Auslandaufenthaltsdauer):

- bis maximal 17 Tage
- bis maximal 40 Tage.

### 3.6.2. TOURIST 250/500

Die Deckungssumme beträgt für sämtliche Leistungen insgesamt CHF 250'000.– pro versicherte Person, jedoch maximal CHF 500'000.– pro versicherte Familie. Folgende Varianten können abgeschlossen werden (Auslandaufenthaltsdauer):

- bis maximal 17 Tage
- bis maximal 40 Tage.

## 3.7. Service-Dienstleistungen

---

### 3.7.1. Kostenvorschuss an ein Spital

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

### 3.7.2. Benachrichtigung von Personen zu Hause

Falls durch die Notruf-Zentrale Massnahmen organisiert wurden, benachrichtigt diese die Angehörigen der versicherten Person über den Sachverhalt und die getroffenen Massnahmen.

### 3.7.3. Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland

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

### 3.7.4. Medizinische Beratung durch Ärzte

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

## 3.8. Leistungsbeschränkungen

---

### 3.8.1. Grundsatz

Die Regelung betreffend Leistungsbeschränkungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen des Versicherers findet für TOURIST keine Anwendung.

### 3.8.2. Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, welche bei Reiseantritt bestanden haben
- b) wenn sich die versicherte Person zum Zwecke von Behandlungen, Pflege oder Geburt ins Ausland begeben hat
- c) wenn die Notruf-Zentrale 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
- 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.

### 3.8.3. Leistungseinschränkung

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

## 3.9. Verjährung

---

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

## 4. KOSTENBETEILIGUNG

Auf Leistungen aus TOURIST wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

## 5. PFLICHTEN IM SCHADENFALL

### 5.1. Benachrichtigung der Notruf-Zentrale

---

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

### 5.2. Entbindung von der Schweigepflicht

---

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen sowie Versicherer gegenüber der Notruf-Zentrale bzw. dem Versicherer von der Schweigepflicht.

### **5.3. Geltendmachung des Anspruchs**

---

Die versicherte Person hat ihren Leistungsanspruch umgehend der Kasse einzureichen und sämtliche Informationen mit den erforderlichen medizinischen und administrativen Angaben zur Verfügung zu stellen. Es werden nur detaillierte Originalrechnungen anerkannt.

Sind die Rechnungsdetails ungenügend und werden die ergänzenden Auskünfte auf Verlangen nicht zur Verfügung gestellt, erfolgt die Festlegung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen.

### **5.4. Anrechnung von Bahn- oder Flugbillets**

---

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

## **6. LEISTUNGEN DRITTER**

### **6.1. Im Allgemeinen**

---

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

### **6.2. Leistungsverzicht**

---

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

### **6.3. Sozialversicherungen**

---

Es werden keine Leistungen übernommen, die zu Lasten von Sozialversicherungen (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI etc.) gehen. Der Leistungsanspruch ist bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden. Verfügt eine versicherte Person nicht über eine gültige obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG bzw. eine gleichwertige Deckung im Fürstentum Liechtenstein, werden durch den Versicherer Leistungen erbracht, wie wenn diese Deckung bestanden hätte.

### **6.4. Bestehende Versicherungen bei den ÖKK Versicherungen AG**

---

Bestehende andere Zusatzversicherungen bei den ÖKK Versicherungen AG gehen den Leistungen aus 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.

# COMPENSA

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2010

<b>1. Grundlagen der Versicherung</b>		<b>9. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall</b>	
1.1. Zweck .....	52	9.1. Meldepflicht .....	54
1.2. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) und Gemeinsame Bestimmungen .....	52	9.2. Auskunftspflicht .....	55
<b>2. Aufnahmebedingungen</b> .....	52	<b>10. Prämien und Zahlungen</b>	
<b>3. Örtliche Geltung</b>		10.1. Prämienhöhe .....	55
3.1. Allgemeines .....	52	10.2. Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR) .....	55
3.2. Arbeitsunfähigkeit im Ausland .....	52	10.2.1. Grundsatz .....	55
3.3. Auslandsaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit .....	52	10.2.2. Beobachtungsperiode .....	55
<b>4. Versicherungsvarianten</b> .....	52	10.2.3. Rabattstufen .....	55
<b>5. Verfahren bei Versicherungsabschluss</b>		10.2.4. Stufenanpassung bei Leistungsbezug .....	55
5.1. Ärztliches Zeugnis .....	52	10.2.5. Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit .....	55
5.2. Übertritt aus der Kollektivversicherung .....	52	10.2.6. Änderung der Versicherungsdeckung .....	55
5.3. AHV-Rententalter .....	52	10.3. Leistungsausrichtung .....	55
<b>6. Kündigung</b>		10.3.1. Auszahlung von Taggeldern .....	55
6.1. Ausserordentliche Kündigung .....	52	10.3.2. Taggelder bei Geburt .....	55
6.2. Übrige Beendigungsgründe .....	52	<b>11. Leistungen Dritter</b>	
<b>7. Versicherungsumfang</b>		11.1. Angestellte und Nicht-Erwerbstätige .....	55
7.1. Höhe des versicherten Taggeldes .....	52	11.2. Selbständigerwerbende .....	55
7.2. Bemessungsgrundlage der Taggelder .....	53		
7.2.1. Im Allgemeinen .....	53		
7.3. Maximaldeckung .....	53		
7.3.1. Versicherbares Taggeld .....	53		
7.3.2. Selbständigerwerbende .....	53		
7.3.3. Angestellte .....	53		
7.3.4. Nicht-Erwerbstätige .....	53		
7.3.5. Arbeitslose Personen .....	53		
7.4. Unfall-Deckung .....	53		
7.5. Geburt .....	53		
7.6. Leistungsbeginn und Wartezeiten .....	53		
7.7. Anpassung der Versicherung .....	53		
7.7.1. Anpassung an die Teuerung .....	53		
7.7.2. Arbeitslose Personen .....	53		
<b>8. Leistungen</b>			
8.1. Leistungsvoraussetzung .....	53		
8.1.1. Arbeitsunfähigkeit .....	53		
8.1.2. Ärztliches Zeugnis .....	53		
8.2. Leistungsumfang .....	53		
8.2.1. Im Allgemeinen .....	53		
8.2.2. Selbständigerwerbende und Nicht-Erwerbstätige .....	53		
8.2.3. Angestellte .....	53		
8.2.4. Teilweise Arbeitsunfähigkeit .....	53		
8.2.5. Unfall .....	53		
8.2.6. Geburt .....	54		
8.3. Leistungsdauer .....	54		
8.3.1. Grundsatz .....	54		
8.3.2. Geburt .....	54		
8.3.3. AHV-Rententalter .....	54		
8.3.4. Arbeitslose Personen .....	54		
8.3.5. Übertritt aus der Kollektivversicherung .....	54		
8.4. Leistungsbeschränkungen .....	54		
8.4.1. Leistungsausschluss .....	54		
8.4.2. Leistungseinschränkungen .....	54		
8.4.3. Rückerstattungspflicht .....	54		

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

## 1. GRUNDLAGEN DER VERSICHERUNG

### 1.1. Zweck

Die COMPENSA (Erwerbsausfall-Versicherung für Einzelpersonen nach VWG) wird gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag durchgeführt.

Sie dient der Deckung des Erwerbsausfalls, der durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfall oder Geburt entstanden ist.

COMPENSA wird auch Nicht-Erwerbstätigen angeboten.

### 1.2. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) und Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen der ÖKK Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die COMPENSA. Bei Abweichungen gehen die AVB den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

## 2. AUFNAHMEBEDINGUNGEN

Selbständigerwerbende, Angestellte und Nicht-Erwerbstätige (Hausfrauen und Hausmänner, Personen in Ausbildung und im Familienbetrieb mitarbeitende Angehörige ohne Barlohn) können in COMPENSA aufgenommen werden, sofern sie

- mindestens das 15. Altersjahr zurückgelegt und das 60. Altersjahr noch nicht vollendet haben
- bei Antragstellung voll arbeitsfähig sind
- ihren Wohnsitz in der Schweiz oder im grenznahen Ausland haben.

## 3. ÖRTLICHE GELTUNG

### 3.1. Allgemeines

Die Versicherung gilt weltweit.

### 3.2. Arbeitsunfähigkeit im Ausland

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

### 3.3. Auslandaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit

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

## 4. VERSICHERUNGSVARIANTEN

Folgende Versicherungsvarianten können gewählt werden:

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

Diese Versicherungsvarianten können mit unterschiedlicher Leistungsdauer abgeschlossen werden.

## 5. VERFAHREN BEI VERSICHERUNGSABSCHLUSS

### 5.1. Ärztliches Zeugnis

Die Kasse kann ein ärztliches Zeugnis oder eine vertrauensärztliche Untersuchung verlangen. Sie kann die Ärztin oder den Arzt bestimmen und trägt die Kosten.

### 5.2. Übertritt aus der Kollektivversicherung

Für den Übertritt aus der Kollektiv- in die Einzelversicherung gelten die AVB der Erwerbsausfall-Versicherung für Unternehmungen (VVG).

### 5.3. AHV-Rentenalter

Versicherte Personen, die bei Erreichen des AHV-Rentenalters weiterhin erwerbstätig sind, können eine Weiterversicherung beantragen. Diese dauert längstens bis zum vollendeten 70. Altersjahr.

## 6. KÜNDIGUNG

### 6.1. Ausserordentliche Kündigung

Ist die versicherte Person durch eine neue arbeitsrechtliche Situation beim neuen Arbeitgeber gleichwertig gegen Erwerbsausfall versichert, kann die Kündigung in Abweichung von der ordentlichen Kündigung mit Genehmigung der Kasse unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf Monatsende erfolgen.

### 6.2. Übrige Beendigungsgründe

Neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen erwähnten Beendigungsgründen erlischt die Versicherung in folgenden Fällen:

- bei Aufgabe der Geschäftstätigkeit der selbständigerwerbenden versicherten Person
- bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland, ausgenommen ist die Verlegung ins grenznahe Ausland
- bei Konkursöffnung über die selbständigerwerbende versicherte Person
- bei Pensionierung. Es kann jedoch eine Weiterversicherung bis zum vollendeten 70. Altersjahr beantragt werden
- bei Wegzug ins Ausland, ausgenommen ist die Wohnsitznahme ins grenznahe Ausland.

Der Versicherer kann innert 30 Tagen vom Vertrag zurücktreten:

- wenn sich die versicherte Person Verfügungen der Kasse oder Anordnungen der Ärztin oder des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt
- bei verschuldeten Verletzungen der AVB.

## 7. VERSICHERUNGSUMFANG

### 7.1. Höhe des versicherten Taggeldes

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

## 7.2. Bemessungsgrundlage der Taggelder

### 7.2.1. Im Allgemeinen

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

## 7.3. Maximaldeckung

### 7.3.1. Versicherbares Taggeld

Das versicherbare Taggeld ist auf CHF 200'000.– pro Jahr begrenzt.

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

### 7.3.2. Selbständigerwerbende

Versicherte Personen, deren Einkommen aus einer selbständigen Erwerbstätigkeit stammt, können neben ihrem AHV-pflichtigen Einkommen gemäss letzter Beitragsverfügung zusätzlich die nachweisbaren Gewinnkosten versichern. Dies sind Kosten, die die versicherte Person direkt betreffen, mit dem Erwerb in direktem Zusammenhang stehen und die während der Arbeitsunfähigkeit weiter bestehen, insbesondere Fixkosten für Geschäftsmiete, Auto, Versicherungen, Abschreibungen von Maschinen u.ä.

### 7.3.3. Angestellte

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

### 7.3.4. Nicht-Erwerbstätige

Hausfrauen und Hausmänner, Personen in Ausbildung und im Familienbetrieb mitarbeitende Angehörige ohne Barlohn können sich bis zur Höhe der einfachen AHV-Maximalrente versichern.

### 7.3.5. Arbeitslose Personen

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

## 7.4. Unfall-Deckung

Die Unfall-Deckung kann miteingeschlossen bzw. allein versichert werden.

## 7.5. Geburt

Im Krankentaggeld ist die Deckung des Erwerbsausfalls infolge Geburt miteingeschlossen.

## 7.6. Leistungsbeginn und Wartezeiten

Der Versicherer bietet Taggeld-Versicherungen mit unterschiedlichem Leistungsbeginn an.

Der Anspruch auf Leistungen beginnt nach Ablauf der Wartezeit. Die Wartezeit beginnt am Tag, an dem nach ärztlicher Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeit einsetzt, frühestens jedoch 3 Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Wartezeiten bis und mit 21 Tage werden für jeden Krankheitsfall oder Unfall neu berechnet. Längere Wartezeiten gelten nur einmal pro Kalenderjahr.

Als Wartetage gelten Tage, an denen eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % besteht.

Der Versicherer bezahlt das Taggeld gemäss dem gewählten Leistungsbeginn nach Eintritt der Bezugsberechtigung für jene Tage, an denen eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

Bei Eintritt ins AHV-Rentenalter wird eine vereinbarte Wartezeit von 60 Tagen und mehr auf eine Wartezeit von 30 Tagen umgewandelt.

## 7.7. Anpassung der Versicherung

### 7.7.1. Anpassung an die Teuerung

Die versicherte Person kann die Anpassung seiner Versicherung an die jährliche Teuerung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise verlangen. Der Versicherer gewährt diese Anpassung ohne Risikoprüfung, sofern in den letzten 2 Jahren keine Arbeitsunfähigkeit und kein Bezug von Taggeldern besteht. Die Anpassung ist für die letzten zwei abgeschlossenen Kalenderjahre möglich.

Im Weiteren kann die versicherte Person jederzeit die Anpassung ihrer Versicherung an die reale Lohnentwicklung zu den Bedingungen der Höherversicherung beantragen.

### 7.7.2. Arbeitslose Personen

Arbeitslose Personen können ihre Versicherung gegen eine entsprechende Prämienanpassung unabhängig von ihrem Gesundheitszustand in eine solche mit einer Wartezeit von 30 Tagen umwandeln.

Der Betrag des versicherten Taggeldes wird auf Beginn der Arbeitslosigkeit auf die Höhe der Arbeitslosenentschädigung herabgesetzt.

## 8. LEISTUNGEN

### 8.1. Leistungsvoraussetzung

#### 8.1.1. Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Unfall oder Geburt ganz oder teilweise ausserstande ist, ihre bisherige oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % besteht.

#### 8.1.2. Ärztliches Zeugnis

Taggeldleistungen setzen eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person voraus. Der Versicherer kann die Ärztin resp. den Arzt bestimmen.

### 8.2. Leistungsumfang

#### 8.2.1. Im Allgemeinen

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

#### 8.2.2. Selbständigerwerbende und Nicht-Erwerbstätige

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

#### 8.2.3. Angestellte

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

#### 8.2.4. Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % wird das Taggeld entsprechend gekürzt.

Arbeitslosen Personen wird bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25 % und höchstens 50 % das halbe Taggeld, bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % das volle Taggeld ausgerichtet.

#### 8.2.5. Unfall

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

### 8.2.6. Geburt

Taggelder bei Geburt werden erbracht, sofern vor der Geburt beim Versicherer oder einem anderen Versicherer eine gleichwertige Deckung von mindestens 270 Tagen ohne Unterbruch (Karenzfrist bei Mutterschaft) bestanden hat.

Versicherte Personen, die ihre Erwerbstätigkeit früher als 8 Wochen vor der Geburt aufgeben oder keine Mutterschaftsentschädigung nach dem Erwerbsetzungsgesetz (EOG) erhalten, gelten als nicht erwerbstätig.

Bei Geburt leistet COMPENSA in Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG bis zum effektiven Einkommen, höchstens jedoch die vereinbarte Taggeldsumme.

## 8.3. Leistungsdauer

### 8.3.1. Grundsatz

Für Krankheit und Unfall zusammen wird das versicherte Taggeld während maximal 730, resp. 365 Tagen ausbezahlt. Die Leistungsdauer ist in der Versicherungs-Police aufgeführt und bemisst sich je Versicherungsfall.

Krankheit oder Unfallfolgen gelten als neuer Versicherungsfall, wenn die versicherte Person seit dem Ende des letzten Leistungsbezugs während 12 Monaten ununterbrochen arbeitsfähig war.

Die vereinbarte Wartezeit wird an die maximale Leistungsdauer angerechnet. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Leistungsdauer als ganze Tage.

### 8.3.2. Geburt

Der Leistungsanspruch beginnt am Tag der Geburt.

Für ein Taggeld, das vor der Geburt während mindestens 3 vollen Versicherungsjahren in gleicher Höhe versichert war, erstreckt sich die maximale Leistungsdauer auf 16 Wochen, d.h. zusätzlich zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG 2 Wochen in Höhe des versicherten Taggeldes bei Geburt. Bei kürzerer Versicherungsdauer beträgt die Leistungsdauer 8 Wochen.

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

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

### 8.3.3. AHV-Rentenalter

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

### 8.3.4. Arbeitslose Personen

Arbeitslose Personen erhalten das versicherte Taggeld längstens bis zur Beendigung der maximalen Bezugsdauer gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung.

### 8.3.5. Übertritt aus der Kollektivversicherung

Für versicherte Personen, die aus dem Versichertenkreis der Kollektivversicherung ausgeschieden sind und nach Skaladeckung gemäss Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Erwerbsausfall-

Versicherung für Unternehmungen (VVG) versichert waren, beträgt die maximale Leistungsdauer 365 Tage.

## 8.4. Leistungsbeschränkungen

### 8.4.1. Leistungsausschluss

Neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen erwähnten Leistungsausschlüssen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen:

- für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind
- bei Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die durch eine vom Versicherer nicht anerkannte Ärztin resp. Arzt oder Chiropraktorin resp. Chiropraktor ausgestellt wurde
- wenn die versicherte Person vorsätzlich unrechtmässig Leistungen bezieht oder zu beziehen versucht
- wenn der Grad der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person weniger als 25 % beträgt
- für Angestellte während der Dauer eines unbezahltenurlaubes
- nach Beendigung des Versicherungsvertrages.

### 8.4.2. Leistungseinschränkungen

Neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen erwähnten Leistungseinschränkungen können Leistungen gekürzt werden:

- wenn die Krankheit oder die Unfallfolgen nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit sind
- wenn sich die versicherte Person Verfügungen der Kasse oder Anordnungen der Ärztin oder des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt
- wenn die versicherte Person eine von der Kasse verlangte vertrauensärztliche Kontrolluntersuchung verweigert
- wenn die versicherte Person sich weigert, eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

### 8.4.3. Rückerstattungspflicht

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

## 9. MITWIRKUNGSPFLICHTEN BEI KRANKHEIT UND UNFALL

### 9.1. Meldepflicht

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

Die von der Ärztin oder dem Arzt resp. der Chiropraktorin oder dem Chiropraktor ausgestellte Bescheinigung ist spätestens zehn Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit, bei Wartezeiten von mehr als 21 Tagen mit der Meldung betreffend Arbeitsunfähigkeit, der Kasse zuzustellen.

Bei Unterlassung ohne ausreichende Begründung gewährt der Versicherer Leistungen erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Meldung. Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheits- oder Unfallmeldungen sind maximal bis zu drei Tagen zulässig.

Angestellte haben den Nachweis von ungedecktem Erwerbsausfall zu erbringen.

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

## 9.2. Auskunftspflicht

Die versicherte Person stellt bei Unfall der Kasse sämtliche erforderlichen Informationen über den Unfallhergang sowie am Unfall beteiligte Dritte zur Verfügung. Bei öfteren Kurzabsenzen innerhalb einer kürzeren Zeitspanne ist die Kasse berechtigt, von der versicherten Person einen Arztbesuch am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu verlangen.

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

Im Weiteren gelten die Auskunftspflichten gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen.

## 10. PRÄMIEN UND ZAHLUNGEN

### 10.1. Prämienhöhe

Die Höhe der Prämien wird risikogerecht, wie beispielsweise nach Lebensalter, Wohnort, Leistungsbezug oder Branche der versicherten Person, festgesetzt. Personen, die aus der Erwerbsausfall-Versicherung für Unternehmungen in die Einzelversicherung übernommen werden, bilden eine eigene Risikogruppe.

Im Weiteren gelten für die Prämienfestsetzung, die Prämienzahlung, den Zahlungsverzug sowie die Prämienanpassung die Gemeinsamen Bestimmungen.

### 10.2. Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR)

#### 10.2.1. Grundsatz

Bei Leistungsfreiheit wird ein Prämienrabatt gewährt.

#### 10.2.2. Beobachtungsperiode

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

#### 10.2.3. Rabattstufen

Es werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Rabattstufe	Prämie
0	100%
1	64%

Die Festsetzung der Rabattstufen kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

#### 10.2.4. Stufenanpassung bei Leistungsbezug

Hat die versicherte Person im Verlaufe einer Beobachtungsperiode Leistungen beansprucht, erfolgt auf den 1. Januar des folgenden Jahres die Anpassung auf Rabattstufe 0, sofern sich die versicherte Person nicht schon in dieser Stufe befindet.

#### 10.2.5. Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

Hat die versicherte Person während drei aufeinanderfolgenden Beobachtungsperioden in der Rabattstufe 0 keine Leistungen bezogen, erfolgt ab dem 1. Januar des vierten Jahres die Anpassung auf Rabattstufe 1.

#### 10.2.6. Änderung der Versicherungsdeckung

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

## 10.3. Leistungsausrichtung

### 10.3.1. Auszahlung von Taggeldern

Das Taggeld wird nach Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit aufgrund des ärztlichen Zeugnisses ausbezahlt. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, wird das Taggeld in der Regel monatlich ausbezahlt.

### 10.3.2. Tagelder bei Geburt

Tagelder bei Geburt werden an Selbständigerwerbende und Angestellte erst dann ausbezahlt, wenn die Abrechnung der Mutterschaftsentschädigung gemäss EOG der Kasse vorliegt.

## 11. LEISTUNGEN DRITTER

### 11.1. Angestellte und Nicht-Erwerbstätige

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

Im Weiteren gelten die Regelungen der Gemeinsamen Bestimmungen.

### 11.2. Selbständigerwerbende

Für Selbständigerwerbende entspricht der Leistungsumfang der vereinbarten Taggeldsumme. Die Regelung betreffend Überversicherung gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen kommt nicht zur Anwendung.

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

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

Kranken- und Unfallkasse  
Einsiedeln



Hauptstrasse 61  
Postfach 57  
8840 Einsiedeln

Telefon 055 412 23 18  
info@kkeinsiedeln.ch  
www.kkeinsiedeln.ch