

Versicherungsbedingungen  
Zusatzversicherungen  
Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### 1. VERTRAGSKONSTRUKT ÖKK VERSICHERUNGEN AG UND EINSIEDLER KRANKENKASSE

---

ÖKK Versicherungen AG hat mit der Einsiedler Krankenkasse (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 EINSIEDLER KRANKENKASSE?

---

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 .....	15
PREMIUM .....	19
KOMBI.....	23
PRIVAT UNFALL.....	29
FAMILY .....	33
FAMILY FLEX .....	39
DENTAL.....	45
TOURIST .....	49
COMPENSA .....	53



# GEMEINSAME BESTIMMUNGEN UNO

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2022

<b>1. Versicherungsgrundlagen</b>	
1.1. Grundsatz	6
1.2. Versicherungsträger	6
1.3. Gegenstand der Versicherung	6
1.4. Allgemeine Versicherungsbedingungen	6
1.5. Bedingungen für die Rahmenverträge resp. Kollektivversicherungen	6
1.6. Versicherungsvertragsgesetz	6
<b>2. Versicherungsabteilungen</b>	
2.1. Versicherungsmöglichkeiten	6
2.2. Gewählte Versicherungsabteilungen	6
<b>3. Versicherte Personen</b>	
3.1. Einzelversicherung	6
3.2. Rahmenvertrag resp. Kollektivversicherung	6
<b>4. Beginn und Dauer der Versicherung</b>	
4.1. Verfahren bei Versicherungsabschluss	7
4.1.1. Antrag	7
4.1.2. Auskunftspflicht	7
4.1.3. Unterlagen, Dokumente	7
4.1.4. Widerrufsrecht	7
4.2. Beginn der Versicherung	7
4.3. Dauer der Versicherung	7
4.3.1. Im Allgemeinen	7
4.3.2. Längere Versicherungsdauer	7
4.3.3. Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses	7
4.3.4. Verlängerung der Versicherung	7
4.4.1. Änderung durch den Versicherungsnehmer	7
4.4.2. Änderung durch den Versicherer	7
4.5. Sistierung der Versicherung	7
4.5.1. Voraussetzung	7
4.5.2. Dauer und Umfang der Sistierung	7
<b>5. Beendigung der Versicherung</b>	
5.1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer	8
5.1.1. Ordentliche Kündigung	8
5.1.2. Kündigung im Schadenfall	8
5.1.3. Übertrittsrecht bei Kündigung des Rahmen- resp. Kollektivvertrages	8
5.1.4. Kündigungseingang	8
5.2. Kündigung durch den Versicherer	8
5.3. Übrige Beendigungsgründe	8
<b>6. Leistungen</b>	
6.1. Begriffsdefinitionen	8
6.1.1. Krankheit	8
6.1.2. Chronische Krankheit	8
6.1.3. Unfall	8
6.1.4. Mutterschaft	8
6.1.5. Geburtsgebrechen	9
6.1.6. Akutspital	9
6.1.7. Akutbehandlungen	9
6.1.8. Psychiatrische Klinik	9
6.1.9. Rehabilitationsklinik	9
6.1.10. Ausprägungen von Akutspitalern, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken	9
6.1.11. KVG-Arzt	9
6.1.12. Zahnarzt	9
6.2. Leistungsbereich	9
6.2.1. Örtlicher Leistungsbereich	9
6.2.2. Zeitlicher Leistungsbereich	9
6.3. Versicherte Leistungen	9
6.3.1. Leistungsumfang	9
6.3.2. Wirtschaftlichkeit der Behandlung	9
6.3.3. Behandlungen durch anerkannte medizinische Leistungserbringer	9
6.4. Leistungsbeschränkungen	9
6.4.1. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle	9
6.4.2. Leistungsausschluss	10
6.4.3. Leistungseinschränkungen	10
<b>7. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall</b>	
7.1. Meldepflicht	10
7.2. Schadenminderung	10
7.3. Auskunftspflicht	10
<b>8. Prämien und Zahlungen</b>	
8.1. Prämienfestsetzung	10
8.1.1. Im Allgemeinen	10
8.1.2. Prämienhöhe	10
8.1.3. Prämienrabatte und Prämienerrasse	10
8.2. Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung	11
8.3. Prämienzahlung	11
8.3.1. Fälligkeit	11
8.3.2. Mahnung und Verzugsfolgen	11
8.4. Überschussbeteiligung	11
8.4.1. Grundsatz	11
8.4.2. Voraussetzung	11
8.4.3. Auszahlung	11
8.5. Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR)	11
8.5.1. Grundsatz	11
8.5.2. Abteilungen mit Leistungsfreiheits-Rabatt	11
8.5.3. Beobachtungsperiode	11
8.5.4. Rabattstufen	11
8.5.5. Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit	12
8.5.6. Stufenanpassung bei Leistungsbezug	12
8.5.7. Mutterschaftsleistungen	12
8.5.8. Höherversicherung	12
8.6. Sonstige Zahlungsbestimmungen	12
8.6.1. Verrechnung	12
8.6.2. Verpfändung und Abtretung	12
8.6.3. Leistungsauszahlung	12
8.6.4. Verjährung	12
<b>9. Leistungen Dritter</b>	
9.1. Subsidiarität	12
9.1.1. Im Allgemeinen	12
9.1.2. Leistungen der öffentlichen Hand	12
9.1.3. Mehrfachversicherung	12
9.1.4. Leistungsverzicht	12
9.2. Sozialversicherungen	12
9.3. Vorleistungen und Regress	12
9.4. Überversicherung	12
<b>10. Datenschutz</b>	
10.1. Gesetzliche Grundlagen	12
10.2. Bearbeitungszweck	13
10.3. Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung	13
10.4. Aufbewahrung der Daten	13
<b>11. Mitteilungen</b>	13
<b>12. Formvorschrift</b>	13
<b>13. Gerichtsstand</b>	13

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1 Grundsatz

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

### 1.2 Versicherungsträger

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

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

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

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

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

### 1.3 Gegenstand der Versicherung

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

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

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

### 1.4 Allgemeine Versicherungsbedingungen

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

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

### 1.5 Bedingungen für die Kollektivversicherung

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

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

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

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

### 1.6 Versicherungsvertragsgesetz

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

## 2. VERSICHERUNGSABTEILUNGEN

### 2.1 Versicherungsmöglichkeiten

Die Versicherungsabteilungen nach diesen AVB UNO sind:

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

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

### 2.2 Gewählte Versicherungsabteilungen

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

## 3. VERSICHERTE PERSONEN

### 3.1 Einzelversicherung

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

### 3.2 Kollektivversicherung

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

Im Kollektivvertrag wird der Kreis der versicherten Personen festgelegt.

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen oder Personengruppen.

## 4. BEGINN UND DAUER DER VERSICHERUNG

### 4.1 Verfahren bei Versicherungsabschluss

---

#### 4.1.1 Antrag

Der Antrag auf Versicherungsabschluss erfolgt schriftlich. Die auf dem Formular gestellten Fragen sind durch die antragstellende Person vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.

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

#### 4.1.2 Auskunftspflicht

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

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

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

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

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

#### 4.1.3 Unterlagen, Dokumente

Bei Versicherungsabschluss erhält der Versicherungsnehmer:

- die Versicherungspolice und
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Jeweils aktuelle Allgemeine Versicherungsbedingungen sind zu finden unter [www.kkeinsiedeln.ch/formulare/](http://www.kkeinsiedeln.ch/formulare/). Ein gedrucktes Exemplar kann beim Versicherer verlangt werden.).

#### 4.1.4 Widerrufsrecht

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

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

### 4.2 Beginn der Versicherung

---

Die Versicherung beginnt mit dem auf der Versicherungspolice bestätigten Datum.

### 4.3 Dauer der Versicherung

---

#### 4.3.1 Im Allgemeinen

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

#### 4.3.2 Längere Versicherungsdauer

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

#### 4.3.3 Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses

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

#### 4.3.4 Verlängerung der Versicherung

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

### 4.4 Änderung der Versicherung

---

#### 4.4.1 Änderung durch den Versicherungsnehmer

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

Bei Herabsetzung der Versicherungsdeckung gelten die Bestimmungen über die Kündigung.

#### 4.4.2 Änderung durch den Versicherer

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

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

### 4.5 Sistierung der Versicherung

---

#### 4.5.1 Voraussetzung

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

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

#### 4.5.2 Dauer und Umfang der Sistierung

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

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

Bei 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 den Versicherungsnehmer

#### 5.1.1 Ordentliche Kündigung

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

#### 5.1.2 Kündigung im Schadenfall

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

#### 5.1.3 Kündigungseingang

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

#### 5.1.4 Kollektivvertrag

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

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

#### 5.1.5 Rahmenvertrag

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

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

### 5.2 Kündigungsverzicht durch den Versicherer

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

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

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

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

### 5.3 Übrige Beendigungsgründe

Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

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

## 6. LEISTUNGEN

### 6.1 Begriffsdefinitionen

#### 6.1.1 Krankheit

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

#### 6.1.2 Chronische Krankheit

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

#### 6.1.3 Unfall

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

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

- Knochenbrüche,
- Verrenkungen von Gelenken,
- Meniskusrisse,
- Muskelrisse,
- Muskelzerrungen,
- Sehnenrisse,
- Bandläsionen und
- Trommelfellverletzungen.

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

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

#### 6.1.4 Mutterschaft

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



### 6.1.5 Geburtsgebrechen

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

### 6.1.6 Akutspital

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

### 6.1.7 Akutbehandlungen

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

### 6.1.8 Psychiatrische Klinik

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

### 6.1.9 Rehabilitationsklinik

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

### 6.1.10 Ausprägungen von Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken

#### 6.1.10.1 Listenspital

Eine Institution, die gemäss Art. 39 KVG auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist. Diese Institution gilt als vom Versicherer anerkannt.

#### 6.1.10.2 Vertragsspital

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

#### 6.1.10.3 Anderes Spital

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

### 6.1.11 KVG-Arzt

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

### 6.1.12 Zahnarzt

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

## 6.2 Leistungsbereich

---

### 6.2.1 Örtlicher Leistungsbereich

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

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

### 6.2.2 Zeitlicher Leistungsbereich

Ein Leistungsanspruch besteht während der Dauer der Versicherung. Für Kosten, die nach Beendigung der Versicherung anfallen, besteht keinerlei Leistungsanspruch; vorbehalten bleiben periodische Leistungsverpflichtungen im Sinne von Art. 35c VVG.

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

## 6.3 Versicherte Leistungen

---

### 6.3.1 Leistungsumfang

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

### 6.3.2 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

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

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

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

### 6.3.3 Behandlungen durch anerkannte medizinische Leistungserbringer

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

## 6.4 Leistungsbeschränkungen

---

### 6.4.1 Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

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

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

Die Deckungseinschränkung wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt.

#### 6.4.2 Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht

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

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

#### 6.4.3 Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden

- a) bei grobfahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls, insbesondere infolge Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten oder anderer Drogen;
- b) bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, d.h. wenn sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass reduzieren. Ausgenommen sind Rettungshandlungen zugunsten von Personen. Als Wagnis im Sinne dieser Bestimmung gilt insbesondere die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen oder an einem Training dazu;
- c) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde, auch als Folge von Selbsttötungsversuchen oder Selbstverletzungen und
- d) wenn für die Feststellung des Versicherungsanspruchs notwendige Belege trotz schriftlicher Mahnung nicht innert vier Wochen beigebracht werden. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen nach Art. 45 VVG (fehlendes Verschulden oder keinen Einfluss auf den Eintritt des Ereignisses und den Umfang der Leistung).

## 7. MITWIRKUNGSPFLICHTEN BEI KRANKHEIT UND UNFALL

### 7.1 Meldepflicht

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

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

### 7.2 Schadenminderung

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

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

### 7.3 Auskunftspflicht

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

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

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

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

## 8. PRÄMIEN UND ZAHLUNGEN

### 8.1 Prämienfestsetzung

#### 8.1.1 Im Allgemeinen

Die Prämien werden in einem Prämientarif pro Versicherungsabteilung festgesetzt.

#### 8.1.2 Prämienhöhe

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

Prämienänderungen infolge Wechsels der Risikogruppe erfolgen automatisch.

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

Für sistierte Versicherungen wird eine reduzierte Prämie erhoben.

#### 8.1.3 Prämienrabatte und Prämien erlasse

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

### Familienrabatt

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

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

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

### Prämienerlass

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

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

## 8.2 Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung

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

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

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

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

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

Eine Tarifänderung aufgrund eines Wohnsitzwechsels gilt nicht als Prämienanpassung.

## 8.3 Prämienzahlung

### 8.3.1 Fälligkeit

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

### 8.3.2 Mahnung und Verzugsfolgen

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

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

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

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

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

## 8.4 Überschussbeteiligung

### 8.4.1 Grundsatz

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

### 8.4.2 Voraussetzung

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

### 8.4.3 Auszahlung

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

## 8.5 Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR)

### 8.5.1 Grundsatz

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

### 8.5.2 Abteilungen mit Leistungsfreiheits-Rabatt

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

### 8.5.3 Beobachtungsperiode

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

### 8.5.4 Rabattstufen

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

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

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

### 8.5.5 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

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

### 8.5.6 Stufenanpassung bei Leistungsbezug

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

### 8.5.7 Mutterschaftsleistungen

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

### 8.5.8 Höherversicherung

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

## 8.6 Sonstige Zahlungsbestimmungen

### 8.6.1 Verrechnung

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

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

### 8.6.2 Verpfändung und Abtretung

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

### 8.6.3 Leistungsauszahlung

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

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

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

Zu Unrecht bezogene Leistungen werden durch den Versicherer zurückgefordert.

### 8.6.4 Verjährung

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

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

## 9. LEISTUNGEN DRITTER

### 9.1 Subsidiarität

#### 9.1.1 Im Allgemeinen

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

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

#### 9.1.2 Leistungen der öffentlichen Hand

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

#### 9.1.3 Mehrfachversicherung

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

#### 9.1.4 Leistungsverzicht

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

### 9.2 Sozialversicherungen

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

### 9.3 Vorleistungen und Regress

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

### 9.4 Überversicherung

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

## 10. DATENSCHUTZ

### 10.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Bearbeitung der Daten von versicherten Personen richtet sich nach den aktuellen Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) und des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG).

## 10.2 Bearbeitungszweck

---

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

## 10.3 Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung

---

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

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

## 10.4 Aufbewahrung der Daten

---

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

## 11. MITTEILUNGEN

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

Bei Auslandsaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

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

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

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

## 12. FORMVORSCHRIFT

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

## 13. GERICHTSSTAND

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



# OPTIMA

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 01.01.2019

## 1. Versicherungsgrundlagen

1.1. Versicherungsträger .....	16
1.2. Gemeinsame Bestimmungen .....	16
1.3. Zweck .....	16
1.4. Leistungsvoraussetzung .....	16
1.5. Örtlicher Geltungsbereich .....	16
1.6. Versicherungsabschluss .....	16

## 2. Ambulante Behandlung

2.1. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland .....	16
2.2. Nichtärztliche Psychotherapie .....	16
2.2.1. Leistungsumfang .....	16
2.2.2. Leistungsvoraussetzung .....	16
2.3. Thermalbad .....	16
2.4. Sterilisation .....	16

## 3. Mutterschaft

3.1. Geburtsvorbereitung .....	16
3.2. Stillgeld .....	16

## 4. Prävention

4.1. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung .....	16
4.2. Check-Up-Untersuchung .....	16
4.3. Impfung .....	16
4.4. Gesundheitskonto .....	16

## 5. Hilfsmittel

5.1. Sehhilfen .....	17
5.2. Andere Hilfsmittel .....	17

## 6. Zahnärztliche Behandlung

6.1. Kontrolluntersuchung und Prophylaxe .....	17
6.2. Weisheitszähne .....	17
6.3. Kieferorthopädische Behandlung .....	17
6.4. Behandlung im Ausland .....	17
6.5. Tarif .....	17

## 7. Alternativmedizin

7.1. Alternativmedizinische Behandlung .....	17
7.2. Behandlung im Ausland .....	17

## 8. Medikamente und Heilmittel

8.1. Nichtpflichtmedikamente .....	17
8.2. Natürliche Heilmittel .....	17

## 9. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten

9.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen .....	17
9.1.1. Leistungsumfang .....	17
9.1.2. Selbstbehalt .....	17
9.1.3. Leistungen Dritter .....	17
9.2. Suchaktionen .....	18
9.3. Fahrtkosten .....	18

## 10. CASAMED-Variante

10.1. Zusätzliche Bedingungen .....	18
10.2. Hausarztprinzip .....	18
10.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip .....	18
10.4. Spitäler .....	18
10.5. Andere Fachpersonen .....	18
10.6. Weitere Leistungserbringer .....	18
10.7. Notfall .....	18
10.8. Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante .....	18
10.8.1. Leistungsausschluss .....	18
10.8.2. Ausschluss Hausarztvariante .....	18
10.9. Leistungsabwicklung .....	18
10.9.1. Pauschalabrechnung .....	18
10.9.2. Veranlasste Leistung .....	18

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1 Versicherungsträger

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

### 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3 Zweck

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

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

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

### 1.4 Leistungsvoraussetzung

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

### 1.5 Örtlicher Geltungsbereich

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

### 1.6 Versicherungsabschluss

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

## 2. AMBULANTE BEHANDLUNG

### 2.1 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

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

### 2.2 Nichtärztliche Psychotherapie

#### 2.2.1 Leistungsumfang

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

#### 2.2.2 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprachebuches durch den Vertrauensarzt.

Die Versicherung leistet nicht für Psychotherapien zur Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsentwicklung oder zu Lernzwecken. Die Versicherung leistet nicht für Parallelbehandlungen bei weiteren Psychologen oder Psychiatern.

### 2.3 Thermalbad

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

### 2.4 Sterilisation

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

## 3. MUTTERSCHAFT

### 3.1 Geburtsvorbereitung

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

### 3.2 Stillgeld

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

## 4. PRÄVENTION

### 4.1 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

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

### 4.2 Check-Up-Untersuchung

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

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

### 4.3 Impfung

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

### 4.4 Gesundheitskonto

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

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

Der Beitrag an einzelne anerkannte Präventivmassnahmen kann begrenzt werden.

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

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



## 5. HILFSMITTEL

### 5.1 Sehhilfen

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

### 5.2 Andere Hilfsmittel

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

Die Hilfsmittel müssen vom Versicherer anerkannt sein.

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

## 6. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

### 6.1 Kontrolluntersuchung und Prophylaxe

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

### 6.2 Weisheitszähne

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

### 6.3 Kieferorthopädische Behandlung

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

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

### 6.4 Behandlung im Ausland

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

### 6.5 Tarif

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

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

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

## 7. ALTERNATIVMEDIZIN

### 7.1 Alternativmedizinische Behandlung

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

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

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

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten. Keine Leistungen werden für mehrere alternativmedizinische Parallelbehandlungen erbracht, von denen kein Nutzen zu erwarten ist.

### 7.2 Behandlung im Ausland

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

## 8. MEDIKAMENTE UND HEILMITTEL

### 8.1 Nichtpflichtmedikamente

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

### 8.2 Natürliche Heilmittel

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

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

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

#### 9.1.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet für

- medizinisch notwendige Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital,
- Rücktransporte in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung,
- Rettungs- und Bergungsaktionen insgesamt bis CHF 50'000 pro Kalenderjahr.

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

#### 9.1.2 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt CHF 100 pro Fall.

#### 9.1.3 Leistungen Dritter

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

## 9.2 Suchaktionen

---

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

## 9.3 Fahrtkosten

---

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

## 10. CASAMED-VARIANTE

### 10.1 Zusätzliche Bedingungen

---

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

### 10.2 Hausarztprinzip

---

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

Die Versicherung kann telemedizinische Institutionen als Hausarzt anerkennen.

### 10.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip

---

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

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

### 10.4 Spitäler

---

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

## 10.5 Andere Fachpersonen

---

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

## 10.6 Weitere Leistungserbringer

---

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

## 10.7 Notfall

---

Die Versicherung leistet bei Notfällen ungeachtet vom Hausarztprinzip.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

## 10.8 Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante

---

### 10.8.1 Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

### 10.8.2 Ausschluss Hausarztvariante

Der Versicherer kann die versicherte Person bei wiederholtem bedingungs-widrigem Verhalten aus der Hausarztvariante in die ordentliche Versicherungs-variante umteilen.

## 10.9 Leistungsabwicklung

---

### 10.9.1 Pauschalabrechnung

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

### 10.9.2 Veranlasste Leistung

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

# PREMIUM

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 01.01.2019

<b>1. Versicherungsgrundlagen</b>	
1.1. Versicherungsträger .....	20
1.2. Gemeinsame Bestimmungen .....	20
1.3. Zweck .....	20
1.4. Leistungsvoraussetzung .....	20
1.5. Örtlicher Geltungsbereich .....	20
1.6. Versicherungsabschluss .....	20
<b>2. Ambulante Behandlung</b>	
2.1. Ärztliche Wahlbehandlung im Ausland .....	20
2.2. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland .....	20
2.3. Nichtärztliche Psychotherapie .....	20
2.3.1. Leistungsumfang .....	20
2.3.2. Leistungsvoraussetzung .....	20
2.4. Thermalbad .....	20
2.5. Sterilisation .....	20
2.6. Augenlaser .....	20
<b>3. Mutterschaft</b>	
3.1. Geburtsvorbereitung .....	20
3.2. Stillgeld .....	20
<b>4. Prävention</b>	
4.1. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung .....	20
4.2. Check-Up-Untersuchung .....	20
4.3. Impfung .....	20
4.4. Gesundheitskonto .....	21
<b>5. Hilfsmittel</b>	
5.1. Sehhilfen .....	21
5.2. Andere Hilfsmittel .....	21
<b>6. Zahnärztliche Behandlung</b>	
6.1. Kontrolluntersuchung und Prophylaxe .....	21
6.2. Weisheitszähne .....	21
6.3. Kieferorthopädische Behandlung .....	21
6.4. Behandlung im Ausland .....	21
6.5. Tarif .....	21
<b>7. Alternativmedizin</b>	
7.1. Alternativmedizinische Behandlung .....	21
7.2. Behandlung im Ausland .....	21
<b>8. Medikamente und Heilmittel</b>	
8.1. Nichtpflichtmedikamente .....	21
8.2. Natürliche Heilmittel .....	21
<b>9. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten</b>	
9.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen .....	21
9.1.1. Leistungsumfang .....	21
9.1.2. Selbstbehalt .....	21
9.1.3. Leistungen Dritter .....	22
9.2. Suchaktionen .....	22
9.3. Fahrtkosten .....	22
<b>10. CASAMED-Variante</b>	
10.1. Zusätzliche Bedingungen .....	22
10.2. Hausarztprinzip .....	22
10.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip .....	22
10.4. Spitäler .....	22
10.5. Andere Fachpersonen .....	22
10.6. Weitere Leistungserbringer .....	22
10.7. Notfall .....	22
10.8. Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante .....	22
10.8.1. Leistungsausschluss .....	22
10.8.2. Ausschluss Hausarztvariante .....	22
10.9. Leistungsabwicklung .....	22
10.9.1. Pauschalabrechnung .....	22
10.9.2. Veranlasste Leistung .....	22

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1 Versicherungsträger

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

### 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3 Zweck

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

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

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

### 1.4 Leistungsvoraussetzung

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

### 1.5 Örtlicher Geltungsbereich

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

### 1.6 Versicherungsabschluss

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

## 2. AMBULANTE BEHANDLUNG

### 2.1 Ärztliche Wahlbehandlung im Ausland

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

### 2.2 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

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

### 2.3 Nichtärztliche Psychotherapie

#### 2.3.1 Leistungsumfang

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

### 2.3.2 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des 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.

### 2.6 Augenlaser

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

## 3. MUTTERSCHAFT

### 3.1 Geburtsvorbereitung

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

### 3.2 Stillgeld

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

## 4. PRÄVENTION

### 4.1 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

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

### 4.2 Check-Up-Untersuchung

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

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

### 4.3 Impfung

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

## 4.4 Gesundheitskonto

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

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

Der Beitrag an einzelne anerkannte Präventivmassnahmen kann begrenzt werden.

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherten anerkannt sein.

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

## 5. HILFSMITTEL

### 5.1 Sehhilfen

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

### 5.2 Andere Hilfsmittel

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

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

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

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

## 7. ALTERNATIVMEDIZIN

### 7.1 Alternativmedizinische Behandlung

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

Der Versicherte 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.

Vorbehalt 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 Versicherten 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 Versicherten stehen.

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

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

#### 9.1.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet für

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

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

#### 9.1.2 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt CHF 100 pro Fall.

### 9.1.3 Leistungen Dritter

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

## 9.2 Suchaktionen

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

## 9.3 Fahrtkosten

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

## 10. CASAMED-VARIANTE

### 10.1 Zusätzliche Bedingungen

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

### 10.2 Hausarztprinzip

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

Die Versicherung kann telemedizinische Institutionen als Hausarzt anerkennen.

### 10.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip

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

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

### 10.4 Spitäler

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

### 10.5 Andere Fachpersonen

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

### 10.6 Weitere Leistungserbringer

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

## 10.7 Notfall

Die Versicherung leistet bei Notfällen ungeachtet vom Hausarztprinzip.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

## 10.8 Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante

### 10.8.1 Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

### 10.8.2 Ausschluss Hausarztvariante

Der Versicherer kann die versicherte Person bei wiederholtem bedingungs-widrigem Verhalten aus der Hausarztvariante in die ordentliche Versicherungs-variante umteilen.

## 10.9 Leistungsabwicklung

### 10.9.1 Pauschalabrechnung

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

### 10.9.2 Veranlasste Leistung

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

# KOMBI

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 01.01.2019

<b>1. Versicherungsgrundlagen</b>	
1.1. Versicherungsträger	24
1.2. Gemeinsame Bestimmungen	24
1.3. Zweck	24
1.4. Versicherungsabschluss	24
1.5. Leistungsvoraussetzung	24
1.5.1. Allgemeines	24
1.5.2. Behandlung in anderen Spitälern	24
1.6. Unfall-Deckung	24
1.7. Versicherungsmöglichkeiten	24
1.7.1. Leistungsstufen	24
1.7.2. Fehlende Kriterien, Maximaltarife	24
1.7.3. Einteilung der Spitäler	24
<b>2. Stationäre Behandlung</b>	
2.1. Akutbehandlung	24
2.1.1. Leistungsvoraussetzung	24
2.1.2. Leistungsumfang	24
2.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung	24
2.1.4. Behandlung in anderen Spitälern	25
2.1.5. Behandlung in einem Nicht-Vertragsspital	25
2.2. Langzeitbehandlung	25
2.2.1. Leistungsumfang	25
2.3. Stationäre Rehabilitation	25
2.4. Psychiatrische Behandlung	25
2.5. Leistungen im Ausland	25
2.5.1. Bei Notfällen	25
2.5.2. Wahlbehandlung im Ausland	25
2.5.3. Vorgehen bei Spitalaufenthalt	25
<b>3. Kuren</b>	
3.1. Erholungskuren	25
3.2. Badekuren	25
3.3. Andere Kuren	26
3.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt	26
<b>4. Besondere Leistungen</b>	
4.1. SPITEX	26
4.1.1. Grundsatz	26
4.1.2. Leistungsumfang	26
4.1.3. Leistungserbringer	26
4.2. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen	26
4.3. Fahrtspesen	26
4.4. Kinderhütedienst	26
4.4.1. Grundsatz	26
4.4.2. Leistungsvoraussetzungen	26
4.4.3. Leistungsumfang	26
4.5. Rooming-In	26
4.6. Spitaltaggeld	26
<b>5. Mutterschaft</b>	
5.1. Kosten der stationären Behandlung	27
5.2. Geburt in Geburtshaus	27
5.3. Haushaltshilfe nach Geburt	27
5.3.1. Grundsatz	27
5.3.2. Geburt im Spital	27
5.3.3. Hausgeburt	27
<b>6. Unfall-Zusatz</b>	27
<b>7. CASAMED-Variante</b>	
7.1. Allgemeines	27
7.2. Leistungsstufen	27
7.3. Allgemeine Leistungsvoraussetzung	27
7.4. Spitalwahl	27
7.5. Augen-, Frauen-, Kinderärzte	27
7.6. Notfälle	27
7.7. Leistungsausschluss	27
<b>8. ECOPLAN, Variante mit eingeschränkter Spitalwahl</b>	
8.1. Allgemeines	27
8.2. Wahl / Kündigung des ECOPLAN	28
8.3. Leistungsumfang	28
8.4. Behandlung in einem anderen Spital	28
<b>9. Franchise und Vergütung in der KOMBI HALBPRIVAT, PRIVAT, GLOBAL</b>	
9.1. Franchise	28
9.1.1. Allgemeines	28
9.1.2. Wechsel/Kündigung der Franchise	28
9.1.3. Franchisehöhe	28
9.2. Vergütung	28
<b>10. Kostenbeteiligung in der KOMBI FLEX</b>	
10.1. Umfang der Kostenbeteiligung	28
10.2. Maximale Kostenbeteiligung für Familien	28

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1 Versicherungsträger

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

### 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3 Zweck

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

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

### 1.4 Versicherungsabschluss

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

### 1.5 Leistungsvoraussetzung

#### 1.5.1 Allgemeines

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

#### 1.5.2 Behandlung in anderen Spitälern

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

### 1.6 Unfall-Deckung

Die Unfalldeckung kann ausgeschlossen werden.

### 1.7 Versicherungsmöglichkeiten

#### 1.7.1 Leistungsstufen

Die Versicherung führt folgende Leistungsstufen:

KOMBI ALLGEMEIN:	Allgemeine Abteilung in der Schweiz (Mehrbettzimmer); gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif
KOMBI HALBPRIVAT:	Halbprivate Abteilung in der Schweiz (Zweibettzimmer); gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif
KOMBI PRIVAT:	Private Abteilung in der Schweiz (Einbettzimmer); gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif
KOMBI GLOBAL:	Private Abteilung weltweit (Einbettzimmer)
KOMBI FLEX:	Allgemeine, halbprivate oder private Abteilung in der Schweiz; gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif; mit entsprechender Kostenbeteiligung

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

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

#### 1.7.2 Fehlende Kriterien, Maximaltarife

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

Diese Maximaltarife richten sich nach den Tarifen und Vereinbarungen eines vergleichbaren, in der Wohnregion der versicherten Person gelegenen Listen- oder Vertragsspitals.

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

#### 1.7.3 Einteilung der Spitäler

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

## 2. STATIONÄRE BEHANDLUNG

### 2.1 Akutbehandlung

#### 2.1.1 Leistungsvoraussetzung

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

#### 2.1.2 Leistungsumfang

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

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

#### 2.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

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

**KOMBI ALLGEMEIN:** Die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, leistet die KOMBI eine Pauschale von CHF 30 pro Tag.

**KOMBI HALBPRIVAT:** Die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese nicht ermitteln, leistet die KOMBI eine Pauschale von CHF 120 pro Tag.

**KOMBI KOMFORT:** Im Komfort-Vertragsspital die Kosten des versicherten Zimmers.



### 2.1.4 Behandlung in anderen Spitälern

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

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

KOMBI GLOBAL: Volle Kostendeckung.

### 2.1.5 Behandlung in einem Nicht-Vertragsspital

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

## 2.2 Langzeitbehandlung

Die Versicherung richtet folgende Tagespauschalen aus, wenn

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

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

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

## 2.3 Stationäre Rehabilitation

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

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

## 2.4 Psychiatrische Behandlung

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

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

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

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

## 2.5 Leistungen im Ausland

### 2.5.1 Bei Notfällen

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

### 2.5.2 Wahlbehandlung im Ausland

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

Bei den übrigen Leistungsstufen werden die gleichen Leistungen wie bei Behandlung in anderen Spitälern erbracht.

### 2.5.3 Vorgehen bei Spitalaufenthalt

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

## 3. KUREN

### 3.1 Erholungskuren

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

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

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

### 3.2 Badekuren

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

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

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

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

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

### 3.3 Andere Kuren

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

### 3.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt

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

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

## 4. BESONDERE LEISTUNGEN

### 4.1 SPITEX

#### 4.1.1 Grundsatz

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

#### 4.1.2 Leistungsumfang

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

Die Leistungen werden wie folgt erbracht:

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

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

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

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

#### 4.1.3 Leistungserbringer

Als Haushaltshilfe wird anerkannt, wer gewerbmässig auf eigene Rechnung oder für eine vom Versicherer vertraglich anerkannte SPITEX-Organisation den Haushalt in Vertretung der versicherten Person besorgt.

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

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

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

An die Kosten

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

– werden insgesamt folgende Beiträge aus der Versicherung geleistet:

KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT: CHF 10'000 pro Kalenderjahr an den ungedeckten Betrag, der CHF 100 pro Fall übersteigt.

KOMBI HALBPRIVAT /FLEX: CHF 20'000 pro Kalenderjahr.

KOMBI PRIVAT : CHF 30'000 pro Kalenderjahr.

KOMBI GLOBAL: Unbegrenzt.

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

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

### 4.3 Fahrtspesen

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

### 4.4 Kinderhütedienst

#### 4.4.1 Grundsatz

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

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

#### 4.4.2 Leistungsvoraussetzungen

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

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

#### 4.4.3 Leistungsumfang

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

### 4.5 Rooming-In

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

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

### 4.6 Spitaltaggeld

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

## 5. MUTTERSCHAFT

### 5.1 Kosten der stationären Behandlung

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

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

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

### 5.2 Geburt in Geburtshaus

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

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

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

### 5.3 Haushaltshilfe nach Geburt

#### 5.3.1 Grundsatz

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

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

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

#### 5.3.2 Geburt im Spital

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

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

#### 5.3.3 Hausgeburt

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

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

## 6. UNFALL-ZUSATZ

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

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

## 7. CASAMED-VARIANTE

### 7.1 Allgemeines

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

### 7.2 Leistungsstufen

Es werden alle Leistungsstufen der Versicherung geführt.

### 7.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzung

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

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

### 7.4 Spitalwahl

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

### 7.5 Augen-, Frauen-, Kinderärzte

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

### 7.6 Notfälle

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

### 7.7 Leistungsausschluss

Begibt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in 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 Personen mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

## 8.2 Wahl / Kündigung des ECOPLAN

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

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

## 8.3 Leistungsumfang

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

Der Versicherer bezeichnet die für diese Deckungs-Variante anerkannten Spitäler. Die Liste mit den ECOPLAN-Spitalern kann beim Versicherer eingesehen werden.

## 8.4 Behandlung in einem anderen Spital

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

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

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

### 9.1 Franchise

#### 9.1.1 Allgemeines

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

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

Die Franchise entfällt, wenn sich die versicherte Person auf die allgemeine Abteilung (Mehrbettzimmer) eines Listen- oder Vertragsspitals begibt.

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

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

#### 9.1.2 Wechsel/Kündigung der Franchise

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

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

### 9.1.3 Franchisehöhe

Es stehen folgende Franchisehöhen zur Auswahl:

CHF 2'000 pro Kalenderjahr

CHF 5'000 pro Kalenderjahr

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

## 9.2 Vergütung

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

KOMBI HALBPRIVAT: Allgemeine Abteilung bis CHF 300 pro Tag  
Allgemeine Abteilung Komfort Ein und Zweibettzimmer bis CHF 200 pro Tag

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

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

Die Vergütung wird geleistet, wenn keine Franchise vereinbart ist.

## 10. KOSTENBETEILIGUNG IN DER KOMBI FLEX

### 10.1 Umfang der Kostenbeteiligung

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

Folgende Kostenbeteiligungen werden erhoben:

<i>Abteilung</i>	<i>Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr</i>
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

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 01.01.2019

<b>1. Versicherungsgrundlagen</b>	
1.1. Versicherungsträger .....	30
1.2. Gemeinsame Bestimmungen .....	30
1.3. Zweck .....	30
1.4. Leistungsvoraussetzung .....	30
1.5. Örtlicher Geltungsbereich .....	30
1.6. Versicherungsabschluss .....	30
<b>2. Stationäre Behandlung</b>	
2.1. Spitalbehandlung .....	30
2.2. Langzeitbehandlung .....	30
2.2.1. Leistungsumfang .....	30
2.3. Stationäre Rehabilitation .....	30
2.4. Leistung im Ausland .....	30
2.4.1. Notfall .....	30
2.4.2. Kostengutsprache gesuch .....	30
2.5. Kur .....	30
2.5.1. Erholungskur .....	30
2.5.2. Badekur .....	30
2.5.3. Andere Kur .....	31
2.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt .....	31
2.6. Rooming-In .....	31
<b>3. Besondere Leistungen</b>	
3.1. Haushaltshilfe .....	31
3.1.1. Im Allgemeinen .....	31
3.1.2. Leistungsumfang .....	31
3.1.3. Leistungserbringer .....	31
3.2. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen .....	31
3.3. Kinderhütedienst .....	31
3.3.1. Im Allgemeinen .....	31
3.3.2. Leistungsvoraussetzung .....	31
3.3.3. Leistungsumfang .....	31
3.4. Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen .....	31
3.4.1. Behandlung durch Ärzte ohne KVG-Unterstellung .....	31
3.4.2. Privatsprechstunde bei Spitalärzten ohne KVG-Unterstellung .....	31
3.4.3. Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland .....	31
3.5. Hilfsmittel .....	31
<b>4. CASAMED-Variante</b>	
4.1. Zusätzliche Bedingungen .....	32
4.2. Hausarztprinzip .....	32
4.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip .....	32
4.4. Spitäler .....	32
4.5. Notfall .....	32
4.6. Leistungsausschluss .....	32

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1 Versicherungsträger

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

### 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3 Zweck

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

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

### 1.4 Leistungsvoraussetzung

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

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

Für psychiatrische Behandlungen werden in keinem Fall Leistungen erbracht.

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

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

### 1.5 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung leistet in der Schweiz, bei Notfall weltweit.

### 1.6 Versicherungsabschluss

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

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

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

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

### 2.3 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten Rehabilitationsklinik, leistet die Versicherung in den ersten 60 Tagen gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in 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 die versicherte Person stationär behandelt wird oder privat am Ort des Heilbades wohnt.

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

### 2.5.3 Andere Kur

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

### 2.5.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt

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

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

## 2.6 Rooming-In

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

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

## 3. BESONDERE LEISTUNGEN

### 3.1 Haushaltshilfe

#### 3.1.1 Im Allgemeinen

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

#### 3.1.2 Leistungsumfang

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

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

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

#### 3.1.3 Leistungserbringer

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

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

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

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

Die Versicherung leistet an die Kosten

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

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

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

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

### **4.2 Hausarztprinzip**

---

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

Die Versicherung kann telemedizinische Institutionen als Hausarzt anerkennen.

### **4.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip**

---

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

### **4.4 Spitäler**

---

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

### **4.5 Notfall**

---

Die Versicherung leistet bei Notfällen ungeachtet vom Hausarztprinzip.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

### **4.6 Leistungsausschluss**

---

Begibt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.



# FAMILY

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 01.01.2019

<b>1. Versicherungsgrundlagen</b>	
1.1. Versicherungsträger .....	34
1.2. Gemeinsame Bestimmungen .....	34
1.3. Zweck .....	34
1.4. Leistungsvoraussetzung .....	34
1.5. Örtlicher Geltungsbereich .....	34
1.6. Versicherungsabschluss .....	34
<b>2. Ambulante Behandlung</b>	
2.1. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland .....	34
2.2. Nichtärztliche Psychotherapie .....	34
2.2.1 Leistungsumfang .....	34
2.2.2 Leistungsvoraussetzung .....	34
2.3. Thermalbad .....	34
2.4. Sterilisation .....	34
<b>3. Stationäre Behandlung</b>	
3.1. Spitalbehandlung .....	34
3.1.1. Leistungsvoraussetzung .....	34
3.1.2. Leistungsumfang .....	34
3.1.3. Behandlung in einer höheren Spitalabteilung .....	34
3.1.4. Behandlung in anderen Spitälern .....	34
3.2. Stationäre Rehabilitation .....	34
3.3. Psychiatrische Behandlung .....	34
3.4. Notfall im Ausland .....	34
3.5. Kur .....	35
3.5.1. Erholungskur .....	35
3.5.2. Badekur .....	35
3.5.3. Andere Kur .....	35
3.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt .....	35
3.6. Haushaltshilfe .....	35
3.6.1. Im Allgemeinen .....	35
3.6.2. Leistungsumfang .....	35
3.6.3. Leistungserbringer .....	35
3.7. Kinderhütedienst .....	35
3.7.1. Im Allgemeinen .....	35
3.7.2. Leistungsvoraussetzung .....	35
3.7.3. Leistungsumfang .....	35
3.8. Rooming-In .....	35
<b>4. Mutterschaft</b>	
4.1. Kosten der stationären Behandlung .....	35
4.2. Zweibettzimmer oder Familienzimmer .....	35
4.3. Geburt im Geburtshaus .....	35
4.4. Haushaltshilfe nach Geburt .....	35
4.4.1. Im Allgemeinen .....	35
4.4.2. Leistungsumfang bei Spitalgeburt .....	35
4.4.3. Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt .....	36
4.5. Geburtsvorbereitung .....	36
4.6. Stillgeld .....	36
<b>5. Prävention</b>	
5.1. Check-Up-Untersuchung .....	36
5.2. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung .....	36
5.3. Gesundheitskonto .....	36
5.3.1. Leistungsumfang .....	36
5.3.2. Leistungsvoraussetzung .....	36
5.4. Impfung .....	36
<b>6. Hilfsmittel</b>	
6.1. Sehhilfen .....	36
6.2. Andere Hilfsmittel .....	36
<b>7. Zahnärztliche Behandlung</b>	
7.1. Weisheitszähne .....	36
7.2. Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche .....	36
7.3. Leistung des Gemeinwesens .....	36
7.4. Leistungserbringer und Tarif .....	36
7.5. Behandlung im Ausland .....	36
<b>8. Alternativmedizin</b> .....	37
<b>9. Medikamente und Heilmittel</b>	
9.1. Nichtpflichtmedikamente .....	37
9.2. Natürliche Heilmittel .....	37
<b>10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten</b>	
10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen .....	37
10.1.1. Leistungsumfang .....	37
10.1.2. Selbstbehalt .....	37
10.1.3. Leistungen Dritter .....	37
10.2. Suchaktionen .....	37
10.3. Fahrtspesen .....	37
<b>11. CASAMED-Variante</b>	
11.1. Im Allgemeinen .....	37
11.2. Hausarztprinzip .....	37
11.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip .....	37
11.4. Spitäler .....	37
11.5. Andere Fachpersonen .....	37
11.6. Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel .....	37
11.7. Weitere Leistungserbringer .....	38
11.8. Notfall .....	38
11.9. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante .....	38
11.9.1. Leistungsausschluss .....	38
11.9.2. Ausschluss CASAMED-Variante .....	38
11.10. Leistungsabwicklung .....	38
11.10.1. Pauschalabrechnung .....	38
11.10.2. Veranlasste Leistung .....	38

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1 Versicherungsträger

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

### 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3 Zweck

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

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

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

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

### 1.4 Leistungsvoraussetzung

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

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

### 1.5 Örtlicher Geltungsbereich

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

### 1.6 Versicherungsabschluss

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

## 2. AMBULANTE BEHANDLUNG

### 2.1 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

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

### 2.2 Nichtärztliche Psychotherapie

#### 2.2.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet 50% der Kosten, bis CHF 1'000 pro Kalenderjahr für die Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psy-

chotherapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbständigen Praxisführung sind.

#### 2.2.2 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprachegebietes durch den Vertrauensarzt.

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

### 2.3 Thermalbad

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

### 2.4 Sterilisation

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

## 3. STATIONÄRE BEHANDLUNG

### 3.1 Spitalbehandlung

#### 3.1.1 Leistungsvoraussetzung

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

#### 3.1.2 Leistungsumfang

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

#### 3.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

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

#### 3.1.4 Behandlung in anderen Spitälern

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

### 3.2 Stationäre Rehabilitation

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

### 3.3 Psychiatrische Behandlung

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

### 3.4 Notfall im Ausland

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

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

### 3.5 Kur

#### 3.5.1 Erholungskur

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

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

#### 3.5.2 Badekur

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

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

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

#### 3.5.3 Andere Kur

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

#### 3.5.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt

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

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

### 3.6 Haushaltshilfe

#### 3.6.1 Im Allgemeinen

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

#### 3.6.2 Leistungsumfang

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

Ist die versicherte Person für die Betreuung eines Kindes bis zwölf Jahre verantwortlich, leistet die Versicherung bis CHF 100 pro Tag, höchstens CHF 2'000 pro Kalenderjahr.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

#### 3.6.3 Leistungserbringer

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

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

### 3.7 Kinderhütedienst

#### 3.7.1 Im Allgemeinen

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

### 3.7.2 Leistungsvoraussetzung

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

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

#### 3.7.3 Leistungsumfang

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

### 3.8 Rooming-In

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

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

## 4. MUTTERSCHAFT

### 4.1 Kosten der stationären Behandlung

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

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

### 4.2 Zweibettzimmer oder Familienzimmer

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

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

### 4.3 Geburt im Geburtshaus

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

### 4.4 Haushaltshilfe nach Geburt

#### 4.4.1 Im Allgemeinen

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

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

#### 4.4.2 Leistungsumfang bei Spitalgeburt

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

#### 4.4.3 Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt

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

#### 4.5 Geburtsvorbereitung

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

#### 4.6 Stillgeld

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

### 5. PRÄVENTION

#### 5.1 Check-Up-Untersuchung

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

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

#### 5.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

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

#### 5.3 Gesundheitskonto

##### 5.3.1 Leistungsumfang

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

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

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

##### 5.3.2 Leistungsvoraussetzung

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

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

#### 5.4 Impfung

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

### 6. HILFSMITTEL

#### 6.1 Sehhilfen

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

#### 6.2 Andere Hilfsmittel

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

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

### 7. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

#### 7.1 Weisheitszähne

Die Versicherung leistet 90% der Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen. Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tarife der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen.

#### 7.2 Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche

Die Versicherung leistet zusätzlich für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre

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

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

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

#### 7.3 Leistung des Gemeinwesens

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

#### 7.4 Leistungserbringer und Tarif

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

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

#### 7.5 Behandlung im Ausland

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

## 8. ALTERNATIVMEDIZIN

Die Versicherung leistet bei alternativmedizinischer Behandlung.

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

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

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

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

Wird die alternativmedizinische Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erbracht, ist sie zu gleichen Bedingungen versichert. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten.

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

## 9. MEDIKAMENTE UND HEILMITTEL

### 9.1 Nichtpflichtmedikamente

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

### 9.2 Natürliche Heilmittel

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

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

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

#### 10.1.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet an die Kosten

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

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

#### 10.1.2 Selbstbehalt

Die versicherte Person hat CHF 100 pro Fall selbst zu tragen.

#### 10.1.3 Leistungen Dritter

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

## 10.2 Suchaktionen

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

## 10.3 Fahrtspesen

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

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

## 11. CASAMED-VARIANTE

### 11.1 Im Allgemeinen

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

### 11.2 Hausarztprinzip

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

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

### 11.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip

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

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

### 11.4 Spitäler

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

### 11.5 Andere Fachpersonen

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

### 11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel

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

## **11.7 Weitere Leistungserbringer**

---

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

## **11.8 Notfall**

---

Die Versicherung deckt Notfälle ungeachtet vom Hausarztprinzip. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

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

---

### **11.9.1 Leistungsausschluss**

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

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

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

## **11.10 Leistungsabwicklung**

---

### **11.10.1 Pauschalabrechnung**

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

### **11.10.2 Veranlasste Leistung**

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

# FAMILY FLEX

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 01.01.2019

<b>1. Versicherungsgrundlagen</b>	
1.1. Versicherungsträger .....	40
1.2. Gemeinsame Bestimmungen .....	40
1.3. Zweck .....	40
1.4. Leistungsvoraussetzung .....	40
1.5. Örtlicher Geltungsbereich .....	40
1.6. Versicherungsabschluss .....	40
<b>2. Ambulante Behandlung</b>	
2.1. Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland .....	40
2.2. Nichtärztliche Psychotherapie .....	40
2.2.1 Leistungsumfang .....	40
2.2.2 Leistungsvoraussetzung .....	40
2.3. Thermalbad .....	40
2.4. Sterilisation .....	40
<b>3. Stationäre Behandlung</b>	
3.1. Spitalbehandlung .....	40
3.1.1. Leistungsvoraussetzung .....	40
3.1.2. Leistungsumfang .....	40
3.1.3. Versicherte Abteilung und Kostenbeteiligung .....	40
3.2. Stationäre Rehabilitation .....	41
3.3. Psychiatrische Behandlung .....	41
3.4. Notfall im Ausland .....	41
3.5. Kur .....	41
3.5.1. Erholungskur .....	41
3.5.2. Badekur .....	41
3.5.3. Andere Kur .....	41
3.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt .....	41
3.6. Haushalthilfe .....	41
3.6.1. Im Allgemeinen .....	41
3.6.2. Leistungsumfang .....	41
3.6.3. Leistungserbringer .....	41
3.7. Kinderhütedienst .....	41
3.7.1. Im Allgemeinen .....	41
3.7.2. Leistungsvoraussetzung .....	41
3.7.3. Leistungsumfang .....	41
3.8. Rooming-In .....	41
<b>4. Mutterschaft</b>	
4.1. Kosten der stationären Behandlung .....	41
4.2. Geburt im Geburtshaus .....	41
4.3. Haushalthilfe nach Geburt .....	42
4.3.1. Im Allgemeinen .....	42
4.3.2. Leistungsumfang bei Spitalgeburt .....	42
4.3.3. Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt .....	42
4.4. Geburtsvorbereitung .....	42
4.5. Stillgeld .....	42
<b>5. Prävention</b>	
5.1. Check-Up-Untersuchung .....	42
5.2. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung .....	42
5.3. Gesundheitskonto .....	42
5.3.1. Leistungsumfang .....	42
5.3.2. Leistungsvoraussetzung .....	42
5.4. Impfung .....	42
<b>6. Hilfsmittel</b>	
6.1. Sehhilfen .....	42
6.2. Andere Hilfsmittel .....	42
<b>7. Zahnärztliche Behandlung</b>	
7.1. Weisheitszähne .....	42
7.2. Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche .....	42
7.3. Leistung des Gemeinwesens .....	42
7.4. Leistungserbringer und Tarif .....	42
7.5. Behandlung im Ausland .....	43
<b>8. Alternativmedizin</b> .....	43
<b>9. Medikamente und Heilmittel</b>	
9.1. Nichtpflichtmedikamente .....	43
9.2. Natürliche Heilmittel .....	43
<b>10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten</b>	
10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen .....	43
10.1.1. Leistungsumfang .....	43
10.1.2. Selbstbehalt .....	43
10.1.3. Leistungen Dritter .....	43
10.2. Suchaktionen .....	43
10.3. Fahrtspesen .....	43
<b>11. CASAMED-Variante</b>	
11.1. Im Allgemeinen .....	43
11.2. Hausarztprinzip .....	43
11.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip .....	43
11.4. Spitäler .....	43
11.5. Andere Fachpersonen .....	43
11.6. Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel .....	44
11.7. Weitere Leistungserbringer .....	44
11.8. Notfall .....	44
11.9. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante .....	44
11.9.1. Leistungsausschluss .....	44
11.9.2. Ausschluss CASAMED-Variante .....	44
11.10. Leistungsabwicklung .....	44
11.10.1. Pauschalabrechnung .....	44
11.10.2. Veranlasste Leistung .....	44

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1 Versicherungsträger

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

### 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3 Zweck

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

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

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

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

### 1.4 Leistungsvoraussetzung

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

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

### 1.5 Örtlicher Geltungsbereich

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

### 1.6 Versicherungsabschluss

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

## 2. AMBULANTE BEHANDLUNG

### 2.1 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

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

### 2.2 Nichtärztliche Psychotherapie

#### 2.2.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet 50% der Kosten, bis CHF 1'000 pro Kalenderjahr für die Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psy-

chotherapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbständigen Praxisführung sind.

#### 2.2.2 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprachegebietes durch den Vertrauensarzt.

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

### 2.3 Thermalbad

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

### 2.4 Sterilisation

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

## 3. STATIONÄRE BEHANDLUNG

### 3.1 Spitalbehandlung

#### 3.1.1 Leistungsvoraussetzung

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

#### 3.1.2 Leistungsumfang

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

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

#### 3.1.3 Versicherte Abteilung und Kostenbeteiligung

Die versicherte Person kann unter folgenden Abteilungen wählen:

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

Bei Geburt in einem Listen- oder Vertragsspital entfällt die Kostenbeteiligung im Komfort Zimmer der allgemeinen Abteilung (Einbett-, Zweibett-, Familienzimmer).

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

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



## 3.2 Stationäre Rehabilitation

---

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

## 3.3 Psychiatrische Behandlung

---

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

## 3.4 Notfall im Ausland

---

Die Versicherung leistet bei Notfall im Ausland für stationäre Behandlung in der versicherten Abteilung eines Akutspitals bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziff. 3.1.3., 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

Die Versicherung leistet an eine ärztlich verordnete Erholungskur im Anschluss an einen Spitalaufenthalt CHF 50 pro Tag, bis zu 21 Tage pro Kalenderjahr. Es besteht freie Wahl unter den vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Kuranstalten.

### 3.5.2 Badekur

Die Versicherung leistet CHF 30 pro Tag, bis zu 21 Tage pro Kalenderjahr. Es besteht freie Wahl unter den vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern. Der Versicherer kann eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Schlusskontrolle mit Schlussbericht an den einweisenden Arzt verlangen.

### 3.5.3 Andere Kur

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

### 3.5.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt

Die ärztliche Verordnung mit Diagnose für einen Kuraufenthalt ist dem Versicherer zwei Wochen vor Kurantritt einzureichen. Bei Unterbrechung einer Kur werden Teilkurkosten nur übernommen, wenn die Unterbrechung durch Krankheit oder andere zwingende Gründe bedingt war und dafür vom Kurarzt ein Zeugnis vorliegt.

## 3.6 Haushaltshilfe

---

### 3.6.1 Im Allgemeinen

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

### 3.6.2 Leistungsumfang

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

Ist die versicherte Person für die Betreuung eines Kindes bis zwölf Jahre verantwortlich, leistet die Versicherung bis CHF 100 pro Tag, höchstens CHF 2'000 pro Kalenderjahr.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

### 3.6.3 Leistungserbringer

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

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

## 3.7 Kinderhütedienst

---

### 3.7.1 Im Allgemeinen

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

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

### 3.7.2 Leistungsvoraussetzung

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

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

### 3.7.3 Leistungsumfang

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

## 3.8 Rooming-In

---

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

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

## 4. MUTTERSCHAFT

---

### 4.1 Kosten der stationären Behandlung

---

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

### 4.2 Geburt im Geburtshaus

---

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

## 4.3 Haushaltshilfe nach Geburt

### 4.3.1 Im Allgemeinen

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

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

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

### 4.3.2 Leistungsumfang bei Spitalgeburt

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

### 4.3.3 Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt

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

## 4.4 Geburtsvorbereitung

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

## 4.5 Stillgeld

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

## 5. PRÄVENTION

### 5.1 Check-Up-Untersuchung

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

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

### 5.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

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

## 5.3 Gesundheitskonto

### 5.3.1 Leistungsumfang

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

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

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

### 5.3.2 Leistungsvoraussetzung

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

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

## 5.4 Impfung

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

## 6. HILFSMITTEL

### 6.1 Sehhilfen

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

### 6.2 Andere Hilfsmittel

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

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

## 7. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

### 7.1 Weisheitszähne

Die Versicherung leistet 90% der Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen.

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

### 7.2 Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche

Die Versicherung leistet zusätzlich für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre

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

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

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

### 7.3 Leistung des Gemeinwesens

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

### 7.4 Leistungserbringer und Tarif

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

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

## 7.5 Behandlung im Ausland

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

## 8. ALTERNATIVMEDIZIN

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

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

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

Die Versicherung leistet nicht für Therapiemethoden und Behandlungen von Therapeuten, die auf der Negativliste des Versicherers stehen. Wird die alternativmedizinische Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erbracht, ist sie zu gleichen Bedingungen versichert. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten. Keine Leistungen werden für Parallelbehandlungen erbracht, von denen kein Nutzen zu erwarten ist.

## 9. MEDIKAMENTE UND HEILMITTEL

### 9.1 Nichtpflichtmedikamente

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

### 9.2 Natürliche Heilmittel

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

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

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

#### 10.1.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet an die Kosten

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

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

### 10.1.2 Selbstbehalt

Die versicherte Person hat CHF 100 pro Fall selbst zu tragen.

### 10.1.3 Leistungen Dritter

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

## 10.2 Suchaktionen

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

## 10.3 Fahrtspesen

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

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

## 11. CASAMED-VARIANTE

### 11.1 Im Allgemeinen

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

### 11.2 Hausarztprinzip

Die Versicherung leistet nach dem Hausarztprinzip. Leistungen müssen vom CASAMED-Hausarzt, bei dem die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden. Telemedizinische Institutionen können vom Versicherer als CASAMED-Hausärzte anerkannt werden.

### 11.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip

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

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

### 11.4 Spitäler

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

### 11.5 Andere Fachpersonen

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

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

---

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

## **11.7 Weitere Leistungserbringer**

---

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

## **11.8 Notfall**

---

Die Versicherung deckt Notfälle ungeachtet vom Hausarztprinzip. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

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

---

### **11.9.1 Leistungsausschluss**

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

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

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

## **11.10 Leistungsabwicklung**

---

### **11.10.1 Pauschalabrechnung**

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

### **11.10.2 Veranlasste Leistung**

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

# DENTAL

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 01.01.2019

## 1. Versicherungsgrundlagen

1.1. Zweck.....	46
1.2. Versicherungsabschluss.....	46
1.3. Leistungsvoraussetzung.....	46
1.4. Ausland.....	46

## 2. Versicherungsmöglichkeiten

2.1. DENTAL PICCOLO.....	46
2.1.1. Leistungen.....	46
2.1.2. Automatischer Übertritt.....	46
2.2. DENTAL.....	46
2.2.1. Leistungsvarianten.....	46
2.2.2. Prophylaxe und Kontrolle.....	46
2.2.3. Leistungen / Behandlungszeitraum.....	46
2.2.4. Karenzzeit.....	46
2.2.5. Geltendmachung der Ansprüche.....	46

## 3. CASAMED-Variante

3.1. Allgemeines.....	46
3.2. Leistungsvoraussetzung.....	47
3.3. Notfälle.....	47
3.4. Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante.....	47
3.4.1. Leistungsausschluss.....	47
3.4.2. Ausschluss CASAMED-Variante.....	47
3.5. Prämien.....	47

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1 Zweck

Die Versicherung leistet für zahnärztliche Behandlungen und prophylaktische Massnahmen.

### 1.2 Versicherungsabschluss

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

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

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

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

### 1.3 Leistungsvoraussetzung

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

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

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

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

### 1.4 Ausland

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

## 2. VERSICHERUNGSMÖGLICHKEITEN

Es bestehen folgende Versicherungsmöglichkeiten:

- 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. Der versicherten Person 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

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

### 2.2.3 Leistungen / Behandlungszeitraum

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

Für Zahnpflegemittel werden keine Leistungen erbracht.

Der Versicherer leistet die versicherten Beträge pro Kalenderjahr.

### 2.2.4 Karenzfrist

Der Leistungsanspruch aus der Versicherung beginnt

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

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

### 2.2.5 Geltendmachung der Ansprüche

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

## 3. CASAMED-VARIANTE

### 3.1 Allgemeines

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

Für die CASAMED-Variante gelten folgende zusätzliche Bedingungen.

### **3.2 Leistungsvoraussetzung**

---

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

### **3.3 Notfälle**

---

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

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

---

#### **3.4.1 Leistungsausschluss**

Begibt sich die versicherte Person ausser in den abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen in Behandlung bei einem Leistungserbringer, der nicht in ihrem Wahlrecht steht, gehen sämtliche Kosten zu ihren Lasten.

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

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

### **3.5 Prämien**

---

In der CASAMED-Variante gilt eine reduzierte Prämie.





# TOURIST

ÖKK Versicherungen AG

Coop Rechtsschutz AG

Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG

Ausgabe 1.1.2022

<b>1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN</b>	
1.1. Versicherungsträger .....	50
1.2. Gemeinsame Bestimmungen .....	50
1.3. Zweck .....	50
1.4. Versicherungsmöglichkeiten .....	50
1.5. Versicherungsabschluss .....	50
1.6. Versicherte Personen .....	50
1.6.1. Einzelversicherung .....	50
1.6.2. Familienversicherung .....	50
1.7. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung .....	50
1.8. Auflösung des Kollektivvertrages .....	50
1.9. Kostenbeteiligung .....	50
<b>2. HEILUNGSKOSTEN &amp; PERSONEN-ASSISTANCE</b>	
2.1. Leistungsvoraussetzung .....	50
2.2. Örtlicher Geltungsbereich .....	50
2.3. Zeitlicher Geltungsbereich .....	51
2.4. Versicherungsleistungen .....	51
2.4.1. Heilungskosten .....	51
2.4.2. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen .....	51
2.4.3. Besuchsreise und Reisemehrkosten .....	51
2.4.3.1. Besuchsreise .....	51
2.4.3.2. Extra-Rückreise .....	51
2.4.4. Deckungssumme .....	51
2.4.4.1. TOURIST 50/100 .....	51
2.4.4.2. TOURIST 250/500 .....	51
2.4.5. Service-Dienstleistungen .....	51
2.4.5.1. Kostenvorschuss an ein Spital .....	51
2.4.5.2. Benachrichtigung von Personen zu Hause .....	51
2.4.5.3. Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland .....	51
2.4.5.4. Medizinische Beratung durch Ärzte .....	51
2.4.6. Leistungsausschluss .....	51
<b>3. Pflichten im Schadenfall</b>	
3.1. Benachrichtigung der Notrufzentrale .....	52
3.2. Entbindung von der Schweigepflicht .....	52
3.3. Geltendmachung des Anspruchs .....	52
3.4. Anrechnung von Bahn- oder Flugbillets .....	52
<b>4. Leistungen Dritter</b>	
4.1. Sozialversicherungen .....	52
4.2. Bestehende Versicherungen beim Versicherer .....	52
4.3. Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen .....	52

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1 Versicherungsträger

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

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

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

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

### 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Soweit nicht explizit wegbedungen, gelten die in der Versicherungspolice festgehaltenen Gemeinsamen Bestimmungen (GB) der Produktlinie UNO. Diese sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts. Soweit die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts von den GB abweichen, gehen die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts den GB vor. Die Regelung betreffend Leistungsbeschränkungen gemäss den GB, die laut Police anwendbar sind, findet für TOURIST keine Anwendung.

### 1.3 Zweck

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

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

Massgebend für die Deckung sind die nachfolgenden Leistungsbestimmungen.

### 1.4 Versicherungsmöglichkeiten

Folgende Module können innerhalb TOURIST abgeschlossen werden:

- Heilungskosten & Personen-Assistance
- Reiserechtsschutz
- Annullierungskosten

– Reisegepäck

### 1.5 Versicherungsabschluss

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

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

### 1.6 Versicherte Personen

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

#### 6.1 Einzelversicherung

Versichert ist die auf der Versicherungspolice aufgeführte Person.

#### 6.2 Familienversicherung

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

### 1.7 Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

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

### 1.8 Auflösung des Kollektivvertrages

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

### 1.9 Kostenbeteiligung

Auf Leistungen aus TOURIST wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

## 2. HEILUNGSKOSTEN & PERSONEN-ASSISTANCE

### 2.1 Leistungsvoraussetzung

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

### 2.2 Örtlicher Geltungsbereich

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

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

## 2.3. Zeitlicher Geltungsbereich

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

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

## 2.4. Versicherungsleistungen

### 2.4.1. Heilungskosten

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

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

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

Die für die Schweiz geltende gesetzliche Kostenbeteiligung ist nicht versichert.

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

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

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

### 2.4.3. Besuchsreise und Reisemehrkosten

#### 2.4.3.1. Besuchsreise

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

#### 2.4.3.2. Extra-Rückreise

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

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

### 2.4.4. Deckungssumme

#### 2.4.4.1. TOURIST 50/100

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

Varianten Auslandsaufenthaltsdauer:

- bis maximal 17 Tage
- bis maximal 40 Tage.

#### 2.4.4.2. TOURIST 250/500

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

Varianten Auslandsaufenthaltsdauer:

- bis maximal 17 Tage
- bis maximal 40 Tage
- bis maximal 365 Tage.

### 2.4.5. Service-Dienstleistungen

#### 2.4.5.1. Kostenvorschuss an ein Spital

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

#### 2.4.5.2. Benachrichtigung von Personen zu Hause

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

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

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

#### 2.4.5.4. Medizinische Beratung durch Ärzte

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

### 2.4.6. Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht

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

Mass reduzieren. Ausgenommen sind Rettungshandlungen zugunsten von Personen. Als Wagnis im Sinne dieser Bestimmung gilt insbesondere die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen oder an einem Training dazu und i) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde, auch als Folge von Selbsttötung, Selbsttötungsversuch oder Selbstverletzungen.

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

### 3. PFLICHTEN IM SCHADENFALL

#### 3.1. Benachrichtigung der Notrufzentrale

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

#### 3.2. Entbindung von der Schweigepflicht

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

#### 3.3. Geltendmachung des Anspruchs

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

#### 3.4. Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts

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

## 4. LEISTUNGEN DRITTER

#### 4.1. Sozialversicherungen

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

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

#### 4.2. Bestehende Versicherungen beim Versicherer

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

#### 4.3. Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen

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

# COMPENSA

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2022

<b>1. Versicherungsgrundlagen</b>	
1.1. Versicherungsträger .....	54
1.2. Gemeinsame Bestimmungen .....	54
1.3. Zweck .....	54
<b>2. Örtliche Geltung</b>	
2.1. Allgemeines .....	54
2.2. Arbeitsunfähigkeit im Ausland .....	54
2.3. Auslandsaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit .....	54
<b>3. Versicherungsabschluss</b>	
3.1. Aufnahmebedingungen .....	54
3.2. Ärztliches Zeugnis .....	54
3.3. Übertritt aus der Kollektivversicherung .....	54
3.4. AHV-Rentalter .....	54
<b>4. Kündigung</b>	
4.1. Ausserordentliche Kündigung .....	54
4.2. Übrige Beendigungsgründe .....	54
<b>5. Versicherungsmöglichkeiten .....</b>	<b>54</b>
<b>6. Versicherungsumfang</b>	
6.1. Höhe des versicherten Taggeldes .....	55
6.2. Bemessungsgrundlage der Taggelder .....	55
6.3. Maximaldeckung .....	55
6.3.1. Versicherbares Taggeld .....	55
6.3.2. Selbstständig Erwerbende .....	55
6.3.3. Angestellte .....	55
6.3.4. Nicht-Erwerbstätige .....	55
6.3.5. Arbeitslose Personen .....	55
6.4. Unfalldeckung .....	55
6.5. Geburt .....	55
6.6. Leistungsbeginn und Wartefristen .....	55
6.7. Anpassung der Versicherung .....	55
6.7.1. Anpassung an die Teuerung .....	55
6.7.2. Arbeitslose Personen .....	55
<b>7. Versicherungsleistungen</b>	
7.1. Leistungsvoraussetzung .....	55
7.1.1. Arbeitsunfähigkeit .....	55
7.1.2. Ärztliches Zeugnis .....	55
7.2. Leistungsumfang .....	55
7.2.1. Im Allgemeinen .....	55
7.2.2. Selbstständig Erwerbende und Nicht-Erwerbstätige .....	55
7.2.3. Angestellte .....	55
7.2.4. Teilweise Arbeitsunfähigkeit .....	56
7.2.5. Unfall .....	56
7.2.6. Geburt .....	56
7.3. Leistungsdauer .....	56
7.3.1. Grundsatz .....	56
7.3.2. Geburt .....	56
7.3.3. AHV-Rentalter .....	56
7.3.4. Arbeitslose Personen .....	56
7.3.5. Übertritt aus der Kollektivversicherung .....	56
7.4. Leistungsbeschränkungen .....	56
7.4.1. Leistungsausschluss .....	56
7.4.2. Leistungseinschränkungen .....	56
7.4.3. Rückerstattungspflicht .....	56
<b>8. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall</b>	
8.1. Meldepflicht .....	56
8.2. Auskunftspflicht .....	57
<b>9. Prämien und Zahlungen</b>	
9.1. Prämienhöhe .....	57
9.2. Leistungsfreiheitsrabatt (LFR) .....	57
9.2.1. Grundsatz .....	57
9.2.2. Beobachtungsperiode .....	57
9.2.3. Rabattstufen .....	57
9.2.4. Stufenanpassung bei Leistungsbezug .....	57
9.2.5. Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit .....	57
9.2.6. Änderung der Versicherungsdeckung .....	57
9.3. Leistungsausrichtung .....	57
9.3.1. Auszahlung von Taggeldern .....	57
9.3.2. Taggelder bei Geburt .....	57
<b>10. Leistungen Dritter</b>	
10.1. Angestellte und Nicht-Erwerbstätige .....	57
10.2. Selbstständig Erwerbende .....	57

## 1. VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

### 1.1 Versicherungsträger

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

### 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3 Zweck

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

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

COMPENSA wird auch Nicht-Erwerbstätigen angeboten.

## 2. ÖRTLICHE GELTUNG

### 2.1 Allgemeines

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

### 2.2 Arbeitsunfähigkeit im Ausland

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

### 2.3 Auslandsaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit

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

## 3. VERSICHERUNGSABSCHLUSS

### 3.1 Aufnahmebedingungen

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

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

### 3.2 Ärztliches Zeugnis

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

### 3.3 Übertritt aus der Kollektivversicherung

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

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

### 3.4 AHV-Rentenalter

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

## 4. KÜNDIGUNG

### 4.1 Ausserordentliche Kündigung

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

### 4.2 Übrige Beendigungsgründe

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

- bei Aufgabe der Geschäftstätigkeit der selbstständig erwerbenden versicherten Person
- bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland, ausgenommen die Verlegung ins grenznahe Ausland
- bei Pensionierung – es kann jedoch eine Weiterversicherung bis zum vollendeten 70. Altersjahr beantragt werden
- bei Wegzug ins Ausland, ausgenommen bei Wohnsitznahme im grenznahen Ausland  
Der Versicherer kann innert vier Wochen vom Vertrag zurücktreten
- wenn sich die versicherte Person Verfügungen des Versicherers oder Anordnungen des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt
- bei einer Anzeigepflichtverletzung bei Antragstellung sowie bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch

## 5. VERSICHERUNGSMÖGLICHKEITEN

Folgende Versicherungsvarianten können gewählt werden:

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

Diese Versicherungsvarianten können mit unterschiedlicher Leistungsdauer abgeschlossen werden.

## 6. VERSICHERUNGSUMFANG

### 6.1 Höhe des versicherten Taggeldes

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

### 6.2 Bemessungsgrundlage der Taggelder

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

### 6.3 Maximaldeckung

#### 6.3.1 Versicherbares Taggeld

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

#### 6.3.2 Selbstständig Erwerbende

Versicherte Personen, deren Einkommen aus einer selbstständigen Erwerbstätigkeit stammt, können neben ihrem AHV-pflichtigen Einkommen gemäss letzter Beitragsverfügung zusätzlich die nachweisbaren 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.

#### 6.3.3 Angestellte

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

#### 6.3.4 Nicht-Erwerbstätige

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

#### 6.3.5 Arbeitslose Personen

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

### 6.4 Unfalldeckung

Die Unfalldeckung kann miteingeschlossen bzw. allein versichert werden.

### 6.5 Geburt

Im Krankentaggeld ist die Deckung des Erwerbsausfalls infolge Geburt miteingeschlossen.

### 6.6 Leistungsbeginn und 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 in eine Wartezeit von 30 Tagen umgewandelt.

### 6.7 Anpassung der Versicherung

#### 6.7.1 Anpassung an die Teuerung

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

#### 6.7.2 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.

## 7. VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

### 7.1 Leistungsvoraussetzung

#### 7.1.1 Arbeitsunfähigkeit

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

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

#### 7.1.2 Ärztliches Zeugnis

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

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

### 7.2 Leistungsumfang

#### 7.2.1 Im Allgemeinen

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

#### 7.2.2 Selbstständig Erwerbende und Nicht-Erwerbstätige

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

#### 7.2.3 Angestellte

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

### 7.2.4 Teilweise Arbeitsunfähigkeit

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

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

### 7.2.5 Unfall

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

### 7.2.6 Geburt

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 Versicherungsfalles angerechnet.

## 7.3 Leistungsdauer

### 7.3.1 Grundsatz

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

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

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

### 7.3.2 Geburt

Der Leistungsanspruch beginnt am Tag der Geburt.

Für ein Taggeld, das vor der Geburt während mindestens drei 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 acht 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 Versicherungsfalles angerechnet.

### 7.3.3 AHV-Rentalter

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

### 7.3.4 Arbeitslose Personen

Arbeitslose Personen erhalten das versicherte Taggeld längstens bis zur Beendigung der maximalen Bezugsdauer gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzschiädigung.

### 7.3.5 Übertritt aus der Kollektivversicherung

Für versicherte Personen, die aus dem Versichertenkreis der Kollektivversicherung ausgeschieden sind und nach Skaladeckung gemäss Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Erwerbsausfall-Versicherung für Unternehmungen (VVG) versichert waren, beträgt die maximale Leistungsdauer 365 Tage.

## 7.4 Leistungsbeschränkungen

### 7.4.1 Leistungsausschluss

Neben den in den GB, die laut Police anwendbar sind, erwähnten Leistungsausschlüssen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen

- für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind,
- bei Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die durch einen vom Versicherer nicht anerkannten Arzt oder 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 unbezahlten Urlaubes und
- nach Beendigung des Versicherungsvertrages, wobei periodische Leistungsverpflichtungen im Sinne von Art. 35c VVG vorbehalten sind.

### 7.4.2 Leistungseinschränkungen

Neben den in den GB, die laut Police anwendbar sind, erwähnten Leistungseinschränkungen können Leistungen gekürzt werden

- wenn die Krankheit oder die Unfallfolgen nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit sind,
- wenn sich die versicherte Person Verfügungen des Versicherers oder Anordnungen des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt,
- wenn die versicherte Person eine vom Versicherer verlangte vertrauensärztliche Kontrolluntersuchung verweigert und
- wenn die versicherte Person sich weigert, eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

Vorbehalten bleiben die Bestimmungen nach Art. 45 VVG.

### 7.4.3 Rückerstattungspflicht

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

## 8. MITWIRKUNGSPFLICHTEN BEI KRANKHEIT UND UNFALL

### 8.1 Meldepflicht

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



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

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

Angestellte haben den Nachweis von ungedecktem Erwerbsausfall zu erbringen.

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

## 8.2 Auskunftsspflicht

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

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

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

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

## 9. PRÄMIEN UND ZAHLUNGEN

### 9.1 Prämienhöhe

Die Höhe der Prämien wird risikogerecht, wie beispielsweise nach Lebensalter, Wohnort, Leistungsbezug oder Branche der versicherten Person, festgesetzt. Personen, die aus der Erwerbsausfall-Versicherung für Unternehmungen in die Einzelversicherung übernommen werden, bilden eine eigene Risikogruppe.

Im Weiteren gelten für die Prämienfestsetzung, die Prämienzahlung, den Zahlungsverzug sowie die Prämienanpassung die GB, die laut Police anwendbar sind.

### 9.2 Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

#### 9.2.1 Grundsatz

Bei Leistungsfreiheit wird ein Prämienrabatt gewährt.

#### 9.2.2 Beobachtungsperiode

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

#### 9.2.3 Rabattstufen

Es werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Rabattstufe	Prämie
0	100%
1	64%

Die Festsetzung der Rabattstufen kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

### 9.2.4 Stufenanpassung bei Leistungsbezug

Hat die versicherte Person im Verlaufe einer Beobachtungsperiode Leistungen beansprucht, erfolgt auf den 1. Januar des folgenden Jahres die Anpassung auf Rabattstufe 0, sofern sich die versicherte Person nicht schon in dieser Stufe befindet.

### 9.2.5 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

Hat die versicherte Person während drei aufeinanderfolgenden Beobachtungsperioden in der Rabattstufe 0 keine Leistungen bezogen, erfolgt ab dem 1. Januar des vierten Jahres die Anpassung auf Rabattstufe 1.

### 9.2.6 Änderung der Versicherungsdeckung

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

## 9.3 Leistungsausrichtung

### 9.3.1 Auszahlung von Taggeldern

Das Taggeld wird nach Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit aufgrund des ärztlichen Zeugnisses ausbezahlt. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, wird das Taggeld in der Regel monatlich ausbezahlt.

### 9.3.2 Tagelder bei Geburt

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

## 10. LEISTUNGEN DRITTER

### 10.1 Angestellte und Nicht-Erwerbstätige

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

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

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

### 10.2 Selbstständig Erwerbende

Für selbstständig Erwerbende entspricht der Leistungsumfang der vereinbarten Taggeldsumme.

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

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





