

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Produktlinie ÖKK LIVE

Ausgabe 2023

ÖKK



Allgemeine Versicherungsbedingungen

Produktlinie ÖKK LIVE

Ausgabe 2023

INHALTSVERZEICHNIS

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)	
ÖKK BASIS	Seite 2
2. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	
Gemeinsame Bestimmungen	Seite 9
ÖKK START	Seite 18
ÖKK SPITAL	Seite 22
ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL	Seite 26
ÖKK NATUR	Seite 29
ÖKK PRÄVENTION	Seite 32
ÖKK SMILE	Seite 34
ÖKK ELTERN	Seite 36
ÖKK TOURIST	Seite 39
ÖKK PROTECT	Seite 50
ÖKK RISIKOKAPITAL BEI TOD ODER INVALIDITÄT DURCH UNFALL	Seite 53
ÖKK RISIKOKAPITAL BEI TOD ODER INVALIDITÄT DURCH KRANKHEIT	Seite 58
ÖKK COMPENSA	Seite 64

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

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

ÖKK BASIS

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Ausgabe 1.1.2023

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Versicherungsgrundlagen	3	7.	Prämie	7
1.1	Versicherer	3	7.1	Prämienfestsetzung	7
1.2	Rechtsgrundlagen	3	7.2	Prämienreduktionen	7
1.3	Zweck	3	7.3	Prämienverbilligung	7
			7.4	Prämienbefreiung bei Militär- und Zivildienst	7
			7.5	Prämienzahlung	7
2.	Versicherung	3	8.	Administrativvertrag	7
2.1	Versicherte	3	8.1	Im Allgemeinen	7
2.2	Annahmeverfahren	3	8.2	Abweichende Bedingungen	7
2.3	Versicherungsdauer	3			
2.4	Wohnsitzverlegung	3	9.	Rechtspflege	7
2.5	Unfalldeckung	3	9.1	Verfügung	7
2.6	Wechsel von Versicherungsformen	3	9.2	Einsprache	7
2.7	Versicherungsende	3	9.3	Kantonales Versicherungsgericht	7
			9.4	Rechtskraft	7
			9.5	Rechtsschutz	7
3.	Leistungen	3	10.	Schlussbestimmungen	8
3.1	Allgemeine Leistungsbedingungen	3	10.1	Änderungen	8
3.2	Ambulante Behandlung	4	10.2	Inkraftsetzung	8
3.3	Stationäre Behandlung	4			
3.4	Pflegeleistungen	5			
3.5	Badekuren	5			
3.6	Transport- und Rettungskosten	5			
3.7	Zahnärztliche Behandlung	5			
3.8	Mutterschaft	5			
3.9	Leistungseinschränkungen	5			
3.10	Leistungen Dritter, Überentschädigung	5			
4.	ÖKK BASIS CASAMED	5			
4.1	Zweck	5			
4.2	Grundsatz	5			
4.3	Ausnahmen	6			
5.	ÖKK BASIS ECOPLAN	6			
5.1	Zweck	6			
5.2	Grundsatz	6			
5.3	Ausnahmen	6			
6.	Kostenbeteiligung	6			
6.1	Ordentliche Kostenbeteiligung	6			
6.2	Wahlfranchise	6			

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherer

Versicherer ist die ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Landquart. Der Versicherer ist auf der Police genannt.

1.2 Rechtsgrundlagen

Diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen gehen das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vor.

1.3 Zweck

ÖKK BASIS ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG. Sie erbringt Leistungen bei Krankheit, Unfall und bei Mutterschaft.

2. Versicherung

2.1 Versicherte

Versichert sind insbesondere Personen mit Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherers. Der Versichertenkreis richtet sich nach Art. 3 KVG.

2.2 Annahmeverfahren

2.2.1 Antragstellung

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

2.2.2 Versicherungspolice und AVB

Die versicherte Person erhält nach Annahme eine Versicherungspolice und diese AVB.

2.3 Versicherungsdauer

Beginn und Ende der Versicherung richten sich nach Art. 5 KVG.

2.4 Wohnsitzverlegung

2.4.1 Im Allgemeinen

Änderungen der Adresse und Verlegung des Wohnsitzes sind dem Versicherer innert 30 Tagen zu melden. Als Wohnortwechsel gilt die Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes.

2.4.2 Wegzug ins Ausland

Arbeitnehmer, die von ihrem Unternehmen mit Sitz in der Schweiz ins Ausland entsandt werden, bleiben zwei Jahre und auf Antrag bis zu sechs Jahre weiterversichert. Einer zeitlich unbeschränkten Versicherungspflicht unterstehen Personen, die nach Abkommen über den freien Personenverkehr in einem Mitgliedstaat der EU wohnen und in der Schweiz versicherungspflichtig bleiben, sowie Personen im öffentlichen Dienst mit Tätigkeit im Ausland. Im gleichen Umfang können sich die Familienangehörigen weiterversichern.

Bei Wegzug ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

Bei Behandlungen in einem Mitgliedstaat der EU leistet ÖKK BASIS nach den im entsprechenden Staat geltenden Sozialversicherungstarifen und Kostenbeteiligungsregeln.

Im übrigen Ausland leistet ÖKK BASIS bei Notfall bis maximal zum doppelten Betrag der am letzten schweizerischen Wohnort gültigen Tarife.

2.5 Unfalldeckung

2.5.1 Sistierung der Unfalldeckung

Versicherte Personen, die für Berufs- und Nichtberufsunfälle obligatorisch versichert sind, können die Sistierung der Unfalldeckung beantragen. Die Prämie wird auf Beginn des dem Antrag folgenden Monats angepasst.

2.5.2 Ausscheiden aus der Unfallversicherung

Scheidet der Versicherte aus der Unfallversicherung gemäss UVG aus, hat er dies dem Versicherer innerhalb eines Monats zu melden.

2.6 Wechsel von Versicherungsformen

Der Wechsel der Franchisehöhe erfolgt auf Beginn eines Kalenderjahres. Bei einem Wechsel zu einer tieferen Franchise beträgt die Kündigungsfrist drei Monate auf Ende des Kalenderjahres.

Der Wechsel von ÖKK BASIS zu ÖKK BASIS CASAMED oder ÖKK BASIS ECOPLAN erfolgt auf Beginn eines Kalenderjahres. Beim Wechsel von ÖKK BASIS CASAMED oder ÖKK BASIS ECOPLAN zu ÖKK BASIS beträgt die Kündigungsfrist drei Monate auf Ende des Kalenderjahres.

2.7 Versicherungsende

2.7.1 Im Allgemeinen

Die Versicherung endet bei

- Kündigung;
- Wegzug ins Ausland, ausser bei Weiterbestehen der Versicherungspflicht;
- Tod.

2.7.2 Kündigung

Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Kalendersemesters kündigen.

Bei Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats kündigen, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

In beiden Fällen ist das Datum des Kündigungseingangs beim Versicherer massgebend (und nicht das Datum des Poststempels).

Das Versicherungsverhältnis endet erst, wenn der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die versicherte Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist.

2.7.3 Folgen der Versicherungsbeendigung

Nach Beendigung der Versicherung bestehen, abgesehen von ausstehenden Versicherungsleistungen, keinerlei rechtliche Ansprüche an den Versicherer.

Die versicherte Person hat ihren finanziellen Verpflichtungen gegenüber dem Versicherer nachzukommen.

3. Leistungen

3.1 Allgemeine Leistungsbedingungen

3.1.1 Anspruchsberechtigung

Die Anspruchsberechtigung besteht während der Versicherungsdauer.

3.1.2 Leistungen bei Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen, Mutterschaft

ÖKK BASIS leistet für Diagnose und Behandlung von Krankheiten, Unfällen, Geburtsgebrechen und bei Mutterschaft.

Die Leistungen umfassen insbesondere

- ärztliche und chiropraktische Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen,
- ärztlich verordnete Medikamente, Analysen und Hilfsmittel,
- ärztliche oder ärztlich verordnete Präventivmassnahmen,
- Spitalaufenthalt entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung,
- medizinische Rehabilitationsmassnahmen,
- Pflegemassnahmen in einem Pflegeheim,
- spitalexterne Pflegeleistungen,
- ärztlich verordnete Badekuren,
- Rettungskosten und Kosten für medizinisch notwendige Transporte,
- zahnärztliche Behandlungen und
- Mutterschaftsleistungen.

3.1.3 Leistungen im Ausland

Für medizinisch notwendige Behandlungen in einem Mitgliedstaat der EU/ EFTA leistet ÖKK BASIS entsprechend den dort geltenden Sozialversicherungsstarifen und Kostenbeteiligungsregeln. Im übrigen Ausland leistet ÖKK BASIS bei Notfall bis zum doppelten Betrag der am schweizerischen Wohnort gültigen Tarife.

Keine Leistungen im Ausland werden erbracht, wenn die Behandlung der Zweck des Auslandsaufenthalts ist; vorbehalten bleibt Art. 34 Abs. 2 KVG.

Gemäss den Bestimmungen des Abkommens über den freien Personenverkehr können sich versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU in ihrem Wohnland behandeln lassen.

3.1.4 Leistungsvoraussetzung

ÖKK BASIS übernimmt Kosten für Leistungen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Als wirtschaftlich gelten Leistungen, wenn sie sich auf das Mass beschränken, das im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

Der Versicherer erstattet Leistungen von anerkannten Leistungserbringern gemäss KVG.

3.1.5 Rechnungsstellung, Rückerstattung

Die versicherte Person schuldet dem Leistungserbringer die verrechneten Leistungen, wenn zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer nicht direkt abgerechnet wird.

Fordert die versicherte Person eine Rückerstattung vom Versicherer, hat sie Rechnungen und Rezepte einzureichen. Nach Prüfung des Leistungsanspruches erstattet der Versicherer der versicherten Person den Rechnungsbeitrag abzüglich Kostenbeteiligung.

Die versicherte Person kann Rechnungen vor deren Bezahlung vom Versicherer prüfen lassen.

3.1.6 Schadenminderungs- und Mitwirkungspflichten

Die versicherte Person hat alles zu tun, was die Genesung fördert, und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere hat sie den Anordnungen von Medizinalpersonen Folge zu leisten.

Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen.

Die versicherte Person erteilt dem Versicherer unentgeltlich alle Auskünfte, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind. Insbesondere informiert die versicherte Person über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität.

Die versicherte Person hat im Einzelfall alle Personen und Stellen, namentlich Arbeitgeber, Ärzte, Versicherungen und Amtsstellen, zu ermächtigen, diejenigen Auskünfte zu erteilen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlich sind, sofern die betreffenden Personen oder Stellen nicht bereits von Gesetzes wegen zur Auskunftserteilung verpflichtet sind.

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

Die versicherte Person hat dem Versicherer einen Unfall spätestens innerhalb von zehn Tagen zu melden. Sie stellt dem Versicherer sämtliche erforderlichen Informationen zur Verfügung.

Kommt die versicherte Person den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nach, kann der Versicherer über den Anspruch auf Leistung entweder aufgrund der Akten verfügen oder auf das Anspruchsbegehren nicht eintreten.

3.2 Ambulante Behandlung

3.2.1 Leistungsdauer

Bei ambulanter Behandlung werden die Leistungen gemäss KVG zeitlich unbeschränkt ausgerichtet.

3.2.2 Leistungserbringer

Anerkannte Leistungserbringer sind insbesondere

- Ärzte,
- Apotheker,
- Chiropraktoren,
- Hebammen,
- Laboratorien,
- Abgabestellen von Mitteln und Gegenständen,
- Physiotherapeuten,
- Ergotherapeuten,
- Krankenpfleger und
- Logopäden.

3.2.3 Leistungsumfang

ÖKK BASIS leistet bei ambulanter Behandlung in der Schweiz.

3.2.4 Wahl des Leistungserbringers

Die versicherte Person kann unter den gemäss KVG zur Behandlung zugelassenen Leistungserbringern wählen.

Leistungen werden aufgrund von zwischen den Leistungserbringern und dem Versicherer vereinbarten Verträgen und Tarifen berechnet.

3.2.5 Medikamente

ÖKK BASIS leistet für ärztlich verordnete Medikamente gemäss der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) und der Spezialitätenliste (SL) des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI).

3.2.6 Analysen

ÖKK BASIS leistet bei ärztlich angeordneten Analysen zu diagnostischen Zwecken oder zur Therapiekontrolle, soweit sie in der Analysenliste (AL) des EDI enthalten sind und von einem Apotheker oder einem Laboratorium ausgeführt werden.

3.2.7 Hilfsmittel

ÖKK BASIS leistet für Mittel und Gegenstände gemäss Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL).

3.2.8 Alternativmedizin

ÖKK BASIS leistet bei ärztlicher alternativmedizinischer Behandlung gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).

3.2.9 Medizinische Prävention

ÖKK BASIS leistet bei ärztlich verordneten präventiven Untersuchungen oder Massnahmen gemäss KLV, insbesondere Kinderimpfungen und gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen.

3.3 Stationäre Behandlung

3.3.1 Spital

ÖKK BASIS leistet bei akuter stationärer Behandlung und medizinischer Rehabilitation entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung eines Spitals.

Die versicherte Person kann das Spital in der Schweiz wählen, das auf einer Spitalliste eines Kantons aufgeführt ist (Listenspital).

ÖKK BASIS leistet bis zur Höhe des Tarifs, der in einem Listenspital im Wohnkanton gilt.

ÖKK BASIS leistet bei medizinisch notwendiger Behandlung und bei Notfall bis zur Höhe des Tarifs, der im Listenspital des Standortkantons gilt.

ÖKK BASIS leistet bei Behandlung in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines Listenspitals bis zur Höhe des Tarifs, der in der allgemeinen Abteilung eines Listenspitals im Wohnkanton gilt.

3.3.2 Kostengutsprache, Rechnungsstellung

Der Versicherer erteilt der versicherten Person bei vorliegender Einweisungsdiagnose Kostengutsprache im Rahmen seines Leistungsanspruchs.

3.4 Pflegeleistungen

ÖKK BASIS leistet für ärztlich verordnete ambulante Pflegeleistungen, die von anerkannten spitalexternen Organisationen oder Krankenpflegern bei der versicherten Person zu Hause erbracht werden.

ÖKK BASIS leistet für ärztlich verordnete Pflegeleistungen im anerkannten Pflegeheim gemäss Art. 39 Abs. 3 KVG.

3.5 Badekuren

ÖKK BASIS leistet bis CHF 10 pro Tag, bis 21 Tage pro Kalenderjahr, für eine ärztlich verordnete Badekur.

Die versicherte Person kann das ärztlich geleitete, anerkannte Heilbad in der Schweiz wählen.

ÖKK BASIS leistet auch, wenn die versicherte Person nicht stationär im Heilbad untergebracht ist.

Dem Versicherer ist die ärztliche Verordnung mit Diagnose zwei Wochen vor Kurantritt zuzustellen.

ÖKK BASIS leistet bei Unterbrechung der Kur für Teilkurkosten, wenn die Unterbrechung durch Krankheit oder andere zwingende Gründe bedingt war und dafür ein kurärztliches Zeugnis vorliegt.

3.6 Transport- und Rettungskosten

ÖKK BASIS leistet 50%, bis CHF 500 pro Kalenderjahr, der Kosten eines medizinisch notwendigen Transportes.

ÖKK BASIS leistet 50%, bis CHF 5'000 pro Kalenderjahr, der Kosten einer Rettung in der Schweiz.

3.7 Zahnärztliche Behandlung

ÖKK BASIS leistet bei schweren krankheits- und unfallbedingten zahnärztlichen Behandlungen gemäss KLV.

ÖKK BASIS leistet gemäss den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen, wenn der Zahnarzt gemäss KVG zur Behandlung zugelassen ist und Diagnose, Behandlungsplan und Kostenvoranschlag vorliegen.

3.8 Mutterschaft

3.8.1 Leistungsumfang

ÖKK BASIS leistet bei von Ärzten oder Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten medizinisch notwendigen Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und innerhalb von zehn Wochen nach der Geburt. Ohne besondere medizinische Indikation werden bis sieben Untersuchungen während der Schwangerschaft sowie eine Nachkontrolle erstattet.

ÖKK BASIS leistet bei Geburt zu Hause, im Spital oder in einem Geburtshaus gemäss den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen.

3.8.2 Pflegekosten des Kindes

ÖKK BASIS der Mutter leistet für die Pflegekosten des Kindes, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält, wenn es beim Versicherer versichert wird.

3.8.3 Geburtsvorbereitung und Stillberatung

ÖKK BASIS leistet bis CHF 150 für einen Geburtsvorbereitungskurs und erstattet die Kosten von bis zu drei Stillberatungen.

3.9 Leistungseinschränkungen

3.9.1 Kürzung und Einstellung der Leistung

Für die Behandlung von Krankheiten oder von Unfallfolgen, die von einer anderen Versicherung oder von dritter Seite zu decken sind, besteht kein Leistungsanspruch.

Die Leistungen können vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden, wenn sich die versicherte Person einer zumutbaren Behandlung entzieht, diese verweigert oder nicht aus eigenem Antrieb das Zumutbare dazu beiträgt. Die versicherte Person ist vorgängig schriftlich zu mahnen und darauf hinzuweisen, dass die Leistungen gekürzt oder verweigert werden.

3.9.2 Übersetzte Rechnungsstellung und unwirtschaftliche Behandlung
Bei übersetzter Rechnungsstellung oder bei unwirtschaftlicher Behandlung kann der Versicherer die Vergütung verweigern oder kürzen. Er kann seine Zahlung von der Zession der Reduktionsforderung abhängig machen. Bereits bezahlte Vergütungen können vom Versicherer oder von der versicherten Person beim Leistungserbringer zurückgefordert werden.

3.9.3 Rückerstattungspflicht

Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen können vom Versicherer zurückgefordert werden.

3.10 Leistungen Dritter, Überentschädigung

3.10.1 Leistungen Dritter

Haftet für eine Krankheit oder einen Unfall ein Dritter aus Gesetz, Vertrag oder Verschulden, gehen die Ansprüche der versicherten Person gegenüber dem Dritten im Ausmass der erbrachten Leistung an den Versicherer über. Gibt es mehrere Haftpflichtige, haften diese für Rückgriffsansprüche des Versicherers solidarisch.

Sind andere Sozialversicherungen leistungspflichtig, ist der Versicherer vorleistungspflichtig.

3.10.2 Überentschädigung

Leistungen aus Sozialversicherungen und von anderen Leistungspflichtigen dürfen die der versicherten Person durch den Versicherungsfall entstandenen Kosten nicht übersteigen.

Bei Überentschädigung kürzt der Versicherer die Leistung.

4. ÖKK BASIS CASAMED

4.1 Zweck

ÖKK BASIS CASAMED ist eine besondere Form von ÖKK BASIS. Die Wahl der Leistungserbringer ist eingeschränkt.

4.2 Grundsatz

Die versicherte Person kann ihr Recht auf freie Wahl des Leistungserbringers im Einvernehmen mit dem Versicherer beschränken.

Dafür stehen ihr innerhalb von ÖKK BASIS CASAMED verschiedene Versicherungsmodelle zur Verfügung.

Der Versicherer kann in diesen Versicherungsmodellen die Wahl von Ärzten, Therapeuten und weiteren Leistungserbringern wie Spitälern, Apotheken, Sanitätsfachgeschäften einschränken.

ÖKK BASIS CASAMED erbringt die gesetzlichen Pflichtleistungen nur, wenn sie von einem im gewählten Versicherungsmodell zugelassenen Leistungs-

erbringer (je nach gewähltem Versicherungsmodell: Hausarzt, HMO-Arzt, telemedizinische Institution, Apotheke, Spital etc.) erbracht oder verordnet werden.

Die zugelassenen Leistungserbringer können die versicherte Person weiter überweisen. Überweisungen durch Leistungserbringer, an die der erstbehandelnde Arzt überwiesen hat, benötigen seine Zustimmung. Bei Fehlen der Überweisung kann die Leistung gekürzt werden.

Wenn die Leistung von einem Leistungserbringer erbracht wird, der im gewählten Versicherungsmodell nicht zur Wahl steht, trägt die versicherte Person die Kosten.

Der Versicherer kann die versicherte Person bei wiederholtem bedingungs-widrigem Verhalten in ÖKK BASIS umteilen.

Bei einem Auslandsaufenthalt von mehr als sechs Monaten kann der Versi-cherer nach Erhalt einer Mitteilung der versicherten Person auf Ende des laufenden Monats eine Umteilung in ÖKK BASIS vornehmen, weil die Be-handlung durch die im gewählten Versicherungsmodell zugelassenen Lei-stungserbringer nicht sichergestellt werden kann.

Bei Versicherungsmodellen mit fix gewählten Leistungserbringern (Hausarzt oder HMO-Praxen), ist ein Wechsel des gewählten Arztes möglich. Ein Wech-sel muss dem Versicherer gemeldet werden. Der Wechsel erfolgt auf den 1. des Folgemonats. Die zur Behandlung notwendigen Unterlagen gehen an den neuen Hausarzt oder die neue HMO-Praxis.

Für die Behandlungen bei Kinderärzten gilt ein Alterslimit von 18 Jahren.

4.3 Ausnahmen

ÖKK BASIS CASAMED leistet für Routinebehandlungen von Augen-, Frau- en- und Kinderärzten ohne vorgängige Konsultation des laut gewähltem Versicherungsmodell zugelassenen Leistungserbringers. Führen diese Ärz- te weitergehende Behandlungen durch, muss die versicherte Person ihren Hausarzt oder ihre HMO-Praxis orientieren (je nach gewähltem Modell).

ÖKK BASIS CASAMED leistet im Notfall ohne Einschränkung bei der Wahl von Ärzten und anderen Leistungserbringern. Die versicherte Person muss ihren Hausarzt oder ihre HMO-Praxis (je nach gewähltem Modell) innert 20 Tagen über den Notfall informieren.

Vorbehalt bleibt eine vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

5. ÖKK BASIS ECOPLAN

5.1 Zweck

ÖKK BASIS ECOPLAN ist eine besondere Form von ÖKK BASIS. Die Wahl der Spitäler ist eingeschränkt.

5.2 Grundsatz

Der Versicherer bestimmt die Spitäler, denen die Behandlung der versicher- ten Person grundsätzlich anvertraut ist.

ÖKK BASIS ECOPLAN leistet nicht, wenn die Leistung von einem Spital er- bracht wird, das nicht zur Wahl steht. Die Kosten trägt die versicherte Per- son.

Der Versicherer kann die versicherte Person bei wiederholtem bedingungs- widrigem Verhalten in ÖKK BASIS umteilen.

Bei einem Auslandsaufenthalt von mehr als sechs Monaten kann der Versi- cherer nach Erhalt einer Mitteilung der versicherten Person auf Ende des laufenden Monats eine Umteilung in ÖKK BASIS vornehmen, weil die Be- handlung durch das zuständige Spital nicht sichergestellt werden kann.

5.3 Ausnahmen

ÖKK BASIS ECOPLAN leistet bei Behandlungen, die in einem ECOPLAN-Spital nicht erbracht werden können.

ÖKK BASIS ECOPLAN leistet im Notfall ohne Einschränkung bei der Wahl des Spitals.

Vorbehalt bleibt eine vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

6. Kostenbeteiligung

6.1 Ordentliche Kostenbeteiligung

6.1.1 Franchise und Selbstbehalt

Die versicherte Person beteiligt sich mit einer Franchise und einem Selbst- behalt an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

Die Franchise beträgt CHF 300 pro Kalenderjahr für Erwachsene. Sie entfällt bei Kindern.

Der Selbstbehalt beträgt 10% der die Franchise übersteigenden Leistungen, höchstens CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder pro Kalender- jahr.

Die Kostenbeteiligung aller in ÖKK BASIS versicherten Kinder einer Familie ist begrenzt auf CHF 1'000 pro Kalenderjahr.

Bei Krankenpflegeleistungen ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis 8 Wochen nach der Niederkunft wird keine Kosten- beteiligung erhoben. Für die Details wird auf das Krankenversicherungsgesetz KVG und die Krankenversicherungsverordnung KVV verwiesen.

6.1.2 Selbstbehalt bei Medikamenten

Die versicherte Person beteiligt sich beim Bezug eines Medikamentes grund- sätzlich mit 10%. Für Originalpräparate, die wesentlich teurer sind als Medi- kamente mit gleicher Wirkstoffzusammensetzung, gilt ein Selbstbehalt von 20%. Einzelheiten regelt die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV).

6.1.3 Spitalbeitrag

Die versicherte Person beteiligt sich mit einem Beitrag von CHF 15 pro Tag an den Aufenthaltskosten im Spital.

Keinen Beitrag zu entrichten haben Kinder bis zum vollendeten 18. Lebens- jahr, Jugendliche bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, wenn sie in Ausbildung sind, und Frauen ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Nieder- kunft und 8 Wochen nach der Niederkunft. Für die Details wird auf das Kran- kenversicherungsgesetz KVG und die Krankenversicherungsverordnung KVV verwiesen.

6.2 Wahlfranchise

Die versicherte Person kann anstelle der ordentlichen Franchise eine höhere Franchise wählen:

Erwachsene	CHF 500
	CHF 1'000
	CHF 1'500
	CHF 2'000
	CHF 2'500
Kinder	CHF 200
	CHF 400
	CHF 600

Die Kostenbeteiligung aller in ÖKK BASIS versicherten Kinder einer Fami- lie ist begrenzt auf die zweifache Kostenbeteiligung (Wahlfranchise und Selbstbehalt) eines Kindes.

Haben die Kinder unterschiedliche Wahlfranchisen, bemisst sich die Kostenbeteiligung aller in ÖKK BASIS versicherten Kinder einer Familie an der höchsten Franchise.

7. Prämie

7.1 Prämienfestsetzung

Der Versicherer legt die Prämien fest. Sie können kantonale und regional nach Kostenunterschieden abgestuft werden.

7.2 Prämienreduktionen

Reduzierte Prämien gelten für versicherte Personen

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres,
- bei Sistierung der Unfalldeckung,
- mit Wahlfranchise,
- in ÖKK BASIS CASAMED und
- in ÖKK BASIS ECOPLAN.

7.3 Prämienverbilligung

Die individuelle Prämienverbilligung richtet sich nach Art. 65 KVG.

7.4 Prämienbefreiung bei Militär- und Zivildienst

Prämienbefreit sind versicherte Personen, die an mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen der Militärversicherung (MV) unterstellt sind.

7.5 Prämienzahlung

7.5.1 Fälligkeit und Zahlungsperiode

Die Prämie ist im Voraus zu bezahlen. Die kürzeste Zahlungsperiode ist der Kalendermonat. Die Prämie ist ohne Unterbruch zu entrichten, auch bei Krankheit, Unfall, Arbeitsunfähigkeit oder bei Ruhen der Anspruchsberechtigung.

7.5.2 Zahlungsgebühren

Die versicherte Person hat verschiedene Möglichkeiten, ihre Prämien und Kostenbeteiligungen gebührenfrei zu bezahlen. Gebühren, z. B. solche, die durch Einzahlungen am Postschalter entstehen, kann der Versicherer der versicherten Person weiterverrechnen.

7.5.3 Zahlungsverzug

Bezahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, stellt der Versicherer ihr nach mindestens einer schriftlichen Mahnung eine Zahlungsaufforderung zu. Darin setzt der Versicherer eine Nachfrist von dreissig Tagen an und weist die versicherte Person auf die Folgen des Zahlungsverzuges hin. Bezahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen nicht innert der gesetzten Frist, leitet der Versicherer die Betreibung ein.

Die durch Zahlungsausstände verursachten Mahn- und Umtriebsspesen gehen zulasten der versicherten Person.

Solange die versicherte Person ihre ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszinsen und Betreibungskosten nicht vollständig bezahlt hat, kann sie den Versicherer nicht wechseln.

7.5.4 Verpfändung und Abtretung

Forderungen gegenüber dem Versicherer können nicht verpfändet und nur in den vom KVG vorgesehenen Fällen abgetreten werden.

8. Administrativvertrag

8.1 Im Allgemeinen

Der Versicherer kann Administrativverträge für bestimmte Personengruppen abschliessen.

8.2 Abweichende Bedingungen

Es gelten grundsätzlich die gleichen Leistungen und Prämien wie für andere versicherte Personen.

Die Versicherungsbedingungen können von diesen AVB abweichen. Die Bedingungen des Administrativvertrags gehen diesen AVB vor.

Abweichende Bedingungen betreffen insbesondere

- ein vereinfachtes Aufnahmeverfahren,
- einen anderen Prämienzahlungsmodus,
- den Administrativvertragspartner als Drittzahler,
- die Übertragung der Informationspflicht auf den Administrativvertragspartner,
- ein abweichendes Verfahren bei Leistungsabwicklung und Kostenbeteiligung und
- ein vereinfachtes Verfahren bei Unfallausschluss.

9. Rechtspflege

9.1 Verfügung

Ist eine versicherte oder antragstellende Person mit einem Entscheid nicht einverstanden, erlässt der Versicherer auf Verlangen innert 30 Tagen eine schriftliche, begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung.

9.2 Einsprache

Gegen diese Verfügung kann beim Versicherer innert 30 Tagen seit Zustellung Einsprache erhoben werden. Der Versicherer prüft die Einsprache und erlässt einen schriftlichen, begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.

9.3 Kantonales Versicherungsgericht

Gegen Einspracheentscheide kann beim kantonalen Versicherungsgericht innert 30 Tagen seit Zustellung des Einspracheentscheides Beschwerde erhoben werden.

Zur Beschwerde ist berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person resp. der Beschwerde führende Dritte Wohnsitz hat. Das Versicherungsgericht kann auch angerufen werden, wenn der Versicherer innert Frist keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich der letzte schweizerische Wohnsitz befand oder in dem der letzte schweizerische Arbeitgeber seinen Sitz hat. Lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, ist das Versicherungsgericht am Sitz des Versicherers zuständig.

9.4 Rechtskraft

Die Verfügung oder der Einspracheentscheid des Versicherers erwächst mit unbenutztem Ablauf der Einsprache- oder Beschwerdefrist oder mit rechtskräftiger Abweisung der Beschwerde in Rechtskraft. Die auf Geldzahlungen gerichteten rechtskräftigen Verfügungen sind vollstreckbaren Gerichtsurteilen im Sinne von Art. 80 des Gesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) gleichgestellt.

9.5 Rechtsschutz

Bei Honorarstreitigkeiten der versicherten Person mit Leistungserbringern gemäss KVG kann der Versicherer auf Begehren der versicherten Person seine Vertretung vor den zuständigen Gerichten auf seine Kosten übernehmen, sofern das Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint.

10. Schlussbestimmungen

10.1 Änderungen

Änderungen dieser AVB werden der versicherten Person durch schriftliche Mitteilung, in der Versichertenzeitschrift oder durch amtliche Publikation mitgeteilt.

10.2 Inkraftsetzung

Diese AVB treten am 1.1.2023 in Kraft und ersetzen alle vorhergehenden Ausgaben.

Gemeinsame Bestimmungen

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2023

INHALTSVERZEICHNIS

1. Versicherungsgrundlagen	10	7. Mitwirkungspflicht bei Krankheit und Unfall	15
1.1 Grundsatz	10	7.1 Meldepflicht	15
1.2 Versicherungsträger	10	7.2 Schadenminderung	15
1.3 Gegenstand der Versicherung	10	7.3 Auskunftspflicht	15
1.4 Allgemeine Versicherungsbedingungen	10		
1.5 Bedingungen für die Rahmenverträge und die Kollektivversicherungen	10	8. Prämien und Zahlungen	15
1.6 Versicherungsvertragsgesetz	10	8.1 Prämienfestsetzung	15
		8.2 Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung	15
2. Versicherungsmöglichkeiten	10	8.3 Prämienzahlung	16
2.1 Versicherungsprodukte	10	8.4 Sonstige Zahlungsbestimmungen	16
2.2 Kombinationen	10		
2.3 ÖKK OPTION 5/10	10	9. Leistungen Dritter	16
2.4 Gewählte Versicherungsprodukte	11	9.1 Subsidiarität	16
		9.2 Sozialversicherungen	16
3. Versicherte Personen	11	9.3 Vorleistungen und Regress	16
3.1 Einzelversicherung	11	9.4 Überversicherung	16
3.2 Rahmenvertrag resp. Kollektivversicherung	11		
		10. Datenschutz	17
4. Beginn und Dauer der Versicherung	11	10.1 Gesetzliche Grundlagen	17
4.1 Verfahren bei Versicherungsabschluss	11	10.2 Bearbeitungszweck	17
4.2 Beginn der Versicherung	12	10.3 Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung	17
4.3 Dauer der Versicherung	12	10.4 Aufbewahrung der Daten	17
4.4 Änderung der Versicherung	12	10.5 Auskunftsrecht	17
4.5 Sistierung der Versicherung	12		
		11. Mitteilungen	17
5. Beendigung der Versicherung	12		
5.1 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	12	12. Formvorschrift	17
5.2 Kündigung durch den Versicherer	13		
5.3 Übrige Beendigungsgründe	13	13. Gerichtsstand	17
6. Leistungen	13		
6.1 Begriffsdefinitionen	13		
6.2 Leistungsbereich	14		
6.3 Versicherte Leistungen	14		
6.4 Leistungsbeschränkungen	14		

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Grundsatz

Gemäss diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen ÖKK LIVE (nachfolgend AVB ÖKK LIVE genannt) werden Zusatz- und Ergänzungsversicherungen angeboten.

1.2 Versicherungsträger

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

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

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

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

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

1.3 Gegenstand der Versicherung

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

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

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

1.4 Allgemeine Versicherungsbedingungen

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

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

1.5 Bedingungen für die Rahmenverträge und die Kollektivversicherungen

Die AVB ÖKK LIVE gelten auch für die Rahmenverträge und die Kollektivversicherungen im Bereich der Heilungskosten. Im einzelnen Rahmen- resp.

Kollektivvertrag können abweichende Bedingungen vereinbart werden.

Die Bestimmungen im Rahmen- resp. Kollektivvertrag gehen den AVB ÖKK LIVE 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 Bestimmungen der einzelnen Versicherungsprodukte 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. Versicherungsmöglichkeiten

2.1 Versicherungsprodukte

Die Versicherungsprodukte nach diesen AVB ÖKK LIVE sind:

Grundmodul

– ÖKK START

Zusatzmodule

– ÖKK SPITAL Leistungsstufen: FLEX MINI, FLEX, HALBPRIVAT, PRIVAT, GLOBAL

– ÖKK NATUR Leistungsstufen: MINI, MIDI, PLUS

– ÖKK PRÄVENTION

– ÖKK SMILE Leistungsstufen: 1'000, 1'500, 3'000, 5'000

– ÖKK ELTERN

Ergänzungsprodukte

– ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL

– ÖKK TOURIST

– ÖKK PROTECT

– ÖKK RISIKOKAPITAL BEI TOD ODER INVALIDITÄT DURCH KRANKHEIT

– ÖKK RISIKOKAPITAL BEI TOD ODER INVALIDITÄT DURCH UNFALL

– ÖKK COMPENSA

– ÖKK BLV TAGGELD

2.2 Kombinationen

Oben genannte Versicherungsprodukte (Grundmodul, Zusatzmodule, Ergänzungsprodukte) können miteinander kombiniert werden.

Für folgende Versicherungsprodukte wird das Führen des Grundmoduls ÖKK START vorausgesetzt:

– ÖKK NATUR (MINI, MIDI, PLUS)

– ÖKK PRÄVENTION

– ÖKK SMILE (1'000, 1'500, 3'000, 5'000)

– ÖKK ELTERN

2.3 ÖKK OPTION 5/10

ÖKK OPTION bietet garantierte Upgrade- und Erweiterungsmöglichkeiten in der Zukunft. Mit ÖKK OPTION haben die versicherten Personen die Möglichkeit, gewisse Produkte innerhalb der vereinbarten Dauer der Option unter Einhaltung der Wartefrist ohne erneute Gesundheitsprüfung abzuschliessen.

2.3.1 Abschluss der Option auf das Grundmodul ÖKK START

Das Grundmodul ÖKK START kann für eine Optionsdauer von fünf oder zehn Jahren gegen eine Optionsgebühr reserviert werden.

Voraussetzungen zum Abschluss der Option:

Damit die Option abgeschlossen werden kann, muss die Gesundheitsprüfung bestanden werden; Letztere erfolgt anhand der Angaben in der Gesundheitsklärung des Grundmoduls ÖKK START. Die Bestimmungen gemäss Ziffer 4.1 gelten analog.

2.3.2 Abschluss der Option auf Zusatzmodule und Ergänzungsprodukte
Wer über ein aktives oder mit einer Option belegtes Grundmodul ÖKK START verfügt, kann folgende Versicherungsprodukte für eine Optionsdauer von fünf oder zehn Jahren gegen eine Optionsgebühr reservieren:

- ÖKK SPITAL (FLEX MINI, FLEX, HALBPRIVAT, PRIVAT, GLOBAL)
- ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL
- ÖKK NATUR (MINI, MIDI, PLUS)
- ÖKK SMILE (1'000, 1'500, 3'000, 5'000)

Voraussetzungen zum Abschluss der Option:

- Verfügen über ein aktives oder mit einer Option belegtes Grundmodul ÖKK START sowie
- Bestehen der Gesundheitsprüfung, die anhand der Angaben in der Gesundheitserklärung des von der Option betroffenen Versicherungsprodukts erfolgt. Die Bestimmungen gemäss Ziffer 4.1 gelten analog.

2.3.3 Ausübung der Option

Die Option kann auf den Ersten eines jeden Monats ausgeübt werden, nach vorgängiger schriftlicher Mitteilung an den Versicherer. Die Option kann längstens bis zum 31. Dezember des Jahres ausgeübt werden, in dem das 60. Lebensjahr vollendet worden ist.

Die Option auf Zusatzmodule und Ergänzungsprodukte kann nur ausgeübt werden, wenn gleichzeitig die Option auf das Grundmodul ÖKK START ausgeübt wird oder ÖKK START bereits aktiv versichert ist.

Es gilt die in der Police festgehaltene Wartefrist ab dem Zeitpunkt der Ausübung der Option. Unter der Wartefrist wird die Zeitdauer von der Ausübung der Option bis zum Versicherungsbeginn verstanden. Die Wartefrist wird nicht an die Mindestlaufzeit des jeweiligen Versicherungsprodukts angerechnet.

Allfällige Karenzfristen innerhalb eines Versicherungsprodukts beginnen erst nach Ablauf der Wartefrist zu laufen.

2.3.4 Dauer der Option

Die Option kann für eine Dauer von fünf oder zehn Jahren abgeschlossen werden.

Die Option kann nach Ablauf der gewählten Optionsdauer erneuert werden, hierfür sind die Voraussetzungen gemäss Ziffer 2.3.1 und 2.3.2 massgebend.

2.3.5 Beendigung der Option

Die Option kann jeweils bis spätestens 30. September auf den 31. Dezember schriftlich gekündigt werden. Die Bestimmungen zur Kündigung gemäss Ziffer 5.1 gelten analog.

Diese Kündigungsmöglichkeit besteht auch innerhalb der Wartefrist der Option.

Mit der Kündigung erlischt die Option, das betroffene Versicherungsprodukt ohne erneute Gesundheitsprüfung abzuschliessen.

Die Option erlischt zudem in folgenden Fällen:

- wenn die maximale Optionsdauer (fünf oder zehn Jahre) erreicht ist;
- wenn die versicherte Person das Grundmodul ÖKK START oder ihre Option darauf kündigt oder ÖKK START aus einem anderen Grund erlischt (ausgenommen davon ist das mit einer Option belegte Grundmodul ÖKK START gemäss Ziffer 2.3.1) und
- bei Erreichen der Altersgrenze, das heisst am 31. Dezember des Jahres, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wurde.

2.3.6 Optionsgebühr

Es wird eine Gebühr je Versicherungsprodukt, das mit einer Option belegt ist, erhoben (Optionsgebühr).

Während der Wartefrist ist die Optionsgebühr zu bezahlen. Nach deren Ablauf gilt der Prämientarif des Versicherungsprodukts, das mit der Option belegt ist.

Die Optionsgebühr entfällt bei Beendigung der Option.

2.4 Gewählte Versicherungsprodukte

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

3. Versicherte Personen

3.1 Einzelversicherung

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

3.2 Rahmenvertrag resp. Kollektivversicherung

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

Im Kollektivvertrag wird der Kreis der versicherten Personen festgelegt.

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen oder Personengruppen.

4. Beginn und Dauer der Versicherung

4.1 Verfahren bei Versicherungsabschluss

4.1.1 Antrag

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

Nicht handlungsfähige Personen können nur durch ihre gesetzlichen Vertreter vertreten 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 Gefahrentatsache 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 sowie zur Durchsetzung eines Regressanspruches notwendigen Auskünfte einzuholen.

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

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

4.1.3 Unterlagen, Dokumente

Bei Versicherungsabschluss erhält der Versicherungsnehmer

- die Versicherungspolice und

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

4.1.4 Widerrufsrecht

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

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

4.2 Beginn der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem auf der Versicherungspolice bestätigten Datum.

4.3 Dauer der Versicherung

4.3.1 Im Allgemeinen

Die Versicherungsdauer der jeweiligen Versicherungsprodukte richtet sich nach den Bestimmungen des Grundmoduls ÖKK START sowie den Bestimmungen der einzelnen Zusatzmodule.

Die Ergänzungsprodukte können jeweils für die Dauer eines Jahres abgeschlossen werden.

4.3.2 Längere Versicherungsdauer

Werden zusätzlich zum Grundmodul ÖKK START Zusatzmodule abgeschlossen (eine Kombination gemäss Ziffer 2.1), so richtet sich die Versicherungsdauer für das Grundmodul ÖKK START nach der Versicherungsdauer des zuletzt abgeschlossenen Zusatzmoduls.

4.3.3 Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses

Der Versicherungsabschluss ist jederzeit möglich, auch während des Kalenderjahres. Die Prämie bemisst sich nach der verbleibenden Versicherungsdauer bis Hauptverfall 31. Dezember des Kalenderjahres.

4.3.4 Verlängerung der Versicherung

Der Versicherungsvertrag verlängert sich nach Ablauf der vereinbarten Vertragslaufdauer stillschweigend um ein 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 höheren Deckung und Anträge für Produkte, 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 Versicherungsprodukten 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 aktiven Versicherungsprodukten kann beantragt werden, soweit nachweislich eine gleichwertige Versicherungsdeckung besteht.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, dem Antrag auf Sistierung nicht zu entsprechen.

Während der Sistierung kann eine reduzierte Prämie erhoben werden.

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.

Stimmt der Versicherer einer Verlängerung der Sistierung nicht zu, 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.

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.

Bei Auslandsaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

5. Beendigung der Versicherung

5.1 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

5.1.1 Ordentliche Kündigung

Die Versicherung bzw. ein Versicherungsprodukt kann auf Ablauf der Versicherungsdauer jeweils bis spätestens 30. September auf den 31. Dezember schriftlich gekündigt werden. Abweichende Kündigungsbestimmungen in den einzelnen Versicherungsprodukten 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 den entsprechenden Teil des Vertrages kündigen. Die Prämie ist bis zur Beendigung des Vertrages geschuldet.

5.1.3 Kündigungseingang

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

5.1.4 Kollektivvertrag

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

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

der Einzelversicherung innerhalb von 30 Tagen mitzuteilen. Massgebend ist der Eingang der jeweiligen Erklärung beim Versicherer.

5.1.5 Rahmenvertrag

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

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

5.2 Kündigung durch den Versicherer

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

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

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

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

5.3 Übrige Beendigungsgründe

Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

- a) beim Tod der versicherten Person
- b) bei Wegzug ins Ausland (ausser wenn die Versicherung sistiert wurde)
- c) bei Erreichen der für den Versicherungsschutz gesetzten Altersgrenze
- d) bei endgültiger Erschöpfung der Bezugsrechte für sämtliche Leistungen eines Versicherungsprodukts
- e) wenn der Vertrag nach Erreichen der maximalen Versicherungsdauer oder bei Sistierung nicht verlängert wird
- f) in den gesetzlich vorgesehenen Fällen, insbesondere bei ausstehender Prämie oder Kostenbeteiligung (siehe dazu Ziffer 8.3.2)
- g) bei Auflösung des Kollektivversicherungsvertrages zwischen ÖKK und dem Versicherungsträger (siehe dazu Ziffer 1.2). Dabei wird nur die jeweilige Deckung aufgehoben und nicht der ganze Versicherungsvertrag als solches. Für Fälle, die während der Vertragsdauer eingetreten sind, wird weiterhin Deckung gewährt. Im Falle der Auflösung des Kollektivvertrages kann ÖKK für die Weiterführung der bisherigen Deckungen einen neuen Kollektivvertrag mit einem Nachfolgeversicherer abschliessen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, die fragliche Fortsetzung abzulehnen.

6. Leistungen

6.1 Begriffsdefinitionen

6.1.1 Krankheit

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

6.1.2 Unfall

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine

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

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

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

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

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

6.1.3 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 360 Tage (Karenzfrist) gedauert hat oder bei vorheriger gleichwertiger Versicherung durch einen anderen Versicherer, wenn der Versicherungsabschluss mindestens 360 Tage vor der Geburt bestätigt worden ist.

6.1.4 Geburtsgebrechen

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

6.1.5 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.

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

6.1.6 Psychiatrische Klinik

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

6.1.7 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.

6.1.8 Ausprägungen von Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken

6.1.8.1 Listenspital

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

6.1.8.2 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 auf Anfrage eingesehen werden.

6.1.8.3 Anderes Spital

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

6.1.9 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.

6.1.10 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 der einzelnen Versicherungsprodukte über die örtliche Geltung gehen vor.

6.2.2 Zeitlicher Leistungsbereich

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

Entscheidend ist das Behandlungsdatum oder der Beginn 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 der einzelnen Versicherungsprodukte.

6.3.2 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

Behandlungen sind gedeckt, wenn sie wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich und medizinisch notwendig sind. Das heisst, die Kosten medizinischer und therapeutischer Behandlungen werden übernommen, soweit sie sich auf das im Interesse der versicherten Person liegende und dem Behandlungszweck nach erforderliche Mass beschränken. Die Wirksamkeit muss mit wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (ausgenommen Komplementärmedizin).

Der Versicherer kann zum Zweck 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 medizinische Leistungserbringer sind versichert, wenn diese gemäss KVG anerkannt sind. Die Leistungen anderer Personen oder Institutionen sind versichert, soweit dies in den einzelnen Versicherungsprodukten vorgesehen ist.

6.4 Leistungsbeschränkungen

6.4.1 Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

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

Die Deckungseinschränkung wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt.

Hat eine versicherte Person für den Abschluss von Zusatzmodulen ÖKK OPTION gewählt, gelten die in Ziffer 2.3 festgehaltenen Regelungen.

6.4.2 Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht

- a) bei Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss schon bestanden haben und vom Versicherer von der Versicherung ausgeschlossen wurden;
- b) bei Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Antragstellung schon bestanden haben und nicht oder nur unvollständig angegeben wurden;
- c) während einer Karenzfrist;
- d) wenn eine Behandlung nicht zur Behebung einer Gesundheitsstörung oder deren Folgen dient. Vorbehalten bleiben Massnahmen, die den drohenden Eintritt oder die Verschlimmerung einer Gesundheitsstörung verhindern, wenn bereits ein krankhafter Zustand vorliegt;
- e) bei Behandlungen durch einen vom Versicherer nicht anerkannten Leistungserbringer;
- f) bei Zahnbehandlungen, soweit im abgeschlossenen Versicherungsprodukt 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, Terrorakten, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst;
- k) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, wenn der Ausbruch dieser Ereignisse bereits länger als 14 Tage zurückliegt;
- l) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an Raufereien, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten sowie als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen und dem Versuch dazu;
- m) bei Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen;
- n) bei Gesundheitsschädigungen als Folge industrieller Grossschadensereignisse oder bei Schädigungen aus Atomenergie;
- o) bei Organtransplantationen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Anhang 1 zur Transplantationschirurgie, unabhängig davon, wo die Transplantation durchgeführt wird;
- p) bei gesetzlichen und vereinbarten Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung;
- q) bei epidemischen Erkrankungen;
- r) infolge Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten oder anderer Drogen;
- s) 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;

- t) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde, auch als Folge von Selbsttötungsversuchen oder Selbstverletzungen und
- u) bei kosmetischen Behandlungen und Operationen.

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

6.4.3 Leistungseinschränkungen

Leistungen werden gekürzt

- a) wenn im Schadenfall gebotene Meldepflichten oder Obliegenheiten verletzt werden,
- b) bei grobfahrlässigem Herbeiführen der Gesundheitsschädigung und
- c) 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 kein Einfluss auf den Eintritt des Ereignisses und den Umfang der Leistung).

7. Mitwirkungspflicht bei Krankheit und Unfall

7.1 Meldepflicht

Die versicherte Person hat ihre Leistungsansprüche fristgerecht gemäss den Bestimmungen der einzelnen Versicherungsprodukte beim Versicherer anzumelden. 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 Case-Managers und erteilt ihm die notwendigen Auskünfte.

7.3 Auskunftspflicht

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärzte und die weiteren medizinischen Leistungserbringer sowie andere Versicherer gegenüber dem Versicherer von der Schweigepflicht. Der Versicherer kann 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, Invalidität und Mutterschaft. 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 Versicherungsprodukt festgesetzt.

8.1.2 Prämienhöhe

Die Höhe der Prämien wird risikogerecht festgesetzt.

Eine allfällige Minimalprämie bleibt vorbehalten. Diese wird in der Police festgehalten und gilt pro versicherte Person und pro Versicherungsjahr.

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 Optionen auf Versicherungsprodukte (ÖKK OPTION, siehe Ziffer 2.3) wird eine gegenüber der aktiven Versicherungsdeckung reduzierte Prämie erhoben.

8.1.3 Prämienrabatt

Der Versicherer kann für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 25. Lebensjahr Familienrabatte gewähren.

Rabattberechtigt sind Kinder und Jugendliche, die zusammen mit mindestens einem Elternteil im gleichen Haushalt leben und beim Versicherer in derselben Familienpolice versichert sind.

Der Bezug des Familienrabattes setzt für Kinder/Jugendliche und für den Elternteil folgende Versicherungsdeckungen beim Versicherer voraus:

- obligatorische Krankenpflegeversicherung,
- ÖKK START und
- mindestens ein Zusatzmodul gemäss Ziffer 2.1.

Das Grundmodul ÖKK START und die Zusatzmodule dürfen nicht mit ÖKK OPTION belegt sein.

Der Familienrabatt wird auf den versicherten Zusatzmodulen gemäss Ziffer 2.1 gewährt.

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

8.2 Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung

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

Die Prämien werden zudem beim Wechsel in die nächsthöhere Altersgruppe angepasst. Die Anpassung kann eine Prämienhöhung bewirken. Dies gilt analog für die Optionsgebühr.

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

Bei ÖKK SMILE sind die ersten drei Altersgruppen folgendermassen aufgeteilt: 0-3, 4-5 und 6-10.

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

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

Die Prämienanpassungen werden dem Versicherungsnehmer 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Er hat das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung durch den Versicherer auf das Datum der Wirksamkeit der Prämienanpassung vom entsprechenden Versicherungsprodukt 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 Vertragsabschluss 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. Für Krankheiten, Unfälle und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, kann ein Leistungsanspruch selbst bei nachträglicher Zahlung der Prämie nicht geltend gemacht werden.

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

8.4 Sonstige Zahlungsbestimmungen

8.4.1 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.

8.4.2 Verpfändung und Abtretung

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

8.4.3 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 Fall 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 Rechnungssteller 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.

8.4.4 Verjährung

Der Leistungsanspruch der versicherten Person gegenüber dem Versicherer verjährt fünf Jahre nach Eintritt der Tatsache, die 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 aus Gesetz oder Verschulden, ist der Versicherer nicht oder höchstens für den ungedeckten Teil leistungspflichtig.

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

9.1.2 Leistungen der öffentlichen Hand

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

9.1.3 Mehrfachversicherung

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

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

9.1.4 Leistungsverzicht

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

9.2 Sozialversicherungen

Es werden keine Leistungen übernommen, die zulasten von anderen Sozialversicherungen gehen. Der Leistungsanspruch ist bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden.

9.3 Vorleistungen und Regress

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

9.4 Überversicherung

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

10. Datenschutz

10.1 Gesetzliche Grundlagen

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

10.2 Bearbeitungszweck

Der Versicherer bearbeitet Daten (z. B. Personalien, Informationen zum Gesundheitszustand, Überprüfung der im Antrag gemachten Angaben, Inkasso, Leistungsabwicklung) für die Abwicklung des Versicherungsvertrages nach VVG. Zudem kann er die Daten für regulatorische Auswertungen sowie die persönliche Kundenberatung und -betreuung verwenden.

Weiter kann der Versicherer Daten mit mathematischen und statistischen Methoden auswerten, um aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse die Produkte- und Dienstleistungsqualität zu steigern und die versicherten Personen darüber zu informieren.

Dem Versicherer ist es deshalb auch ausdrücklich gestattet, Personen- und Vertragsdaten (ausgenommen sind besonders schützenswerte Personendaten im Sinne des Datenschutzgesetzes) sowie die erstellten Kundenprofile aus der Grund- und Zusatzversicherung der Gesellschaften der ÖKK Gruppe sowie derer Outsourcingpartner ausschliesslich im Zusatzversicherungsbereich zu den oben genannten Zwecken zu bearbeiten.

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, Outsourcingpartner) 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.

10.5 Auskunftsrecht

Der versicherten Person steht das Recht zu, beim Versicherer Auskunft über die bearbeiteten Daten zu verlangen. Die Anfrage muss schriftlich und mit ausreichendem Beweis der Identität (Kopie ID/Pass) erfolgen.

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 ÖKK LIVE und den Bestimmungen der einzelnen Versicherungsprodukte steht der klagenden Person wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnsitz oder am Geschäftssitz des Versicherers (ÖKK Versicherungen AG, Landquart) offen.

ÖKK START

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2019

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Versicherungsgrundlagen	19
1.1	Versicherungsträger	19
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	19
1.3	Zweck	19
1.4	Leistungsvoraussetzung	19
1.5	Örtlicher Geltungsbereich	19
1.6	Versicherungsabschluss	19
1.7	Dauer der Versicherung	19
2.	Versicherungsleistungen	19
2.1	Nichtärztliche Psychotherapie	19
2.2	Unterbindung	19
2.3	Nichtpflichtmedikamente	19
2.4	Stationäre Behandlung	19
2.5	Notfall im Ausland	20
2.6	Hilfsmittel	20
2.7	Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen	20
2.8	Fahrtkosten	20
2.9	Kuren	20
2.10	Haushaltshilfe	21
2.11	Zahnärztliche Behandlungen	21

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen ÖKK LIVE (GB ÖKK LIVE) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts. Soweit die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts von den GB ÖKK LIVE abweichen, gehen die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts den GB ÖKK LIVE vor.

1.3 Zweck

ÖKK START leistet bei ambulanten und stationären Behandlungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft sowie bei Notfällen im Ausland in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG). ÖKK START leistet vorgängig zu allen anderen beim Versicherer abgeschlossenen Versicherungen nach VVG. Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine andere Sozialversicherung gedeckt ist. Bei Vorliegen von mehreren privaten Versicherungen werden Leistungen subsidiär zu anderen Versicherern gewährt. Falls die Versicherungsbedingungen anderer Privatversicherer ebenfalls eine Subsidiärklausel vorsehen, so gelten die Koordinationsregeln gemäss Ziffer 9.1.3 GB ÖKK LIVE.

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

ÖKK START leistet für

- ärztliche und zahnärztliche Behandlungen,
- nichtärztliche Psychotherapie,
- Unterbindungen,
- Nichtpflichtmedikamente,
- stationäre Behandlungen,
- Notfälle im Ausland,
- Hilfsmittel,
- Transport-, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen,
- Kuren und
- Haushaltshilfen.

1.4 Leistungsvoraussetzung

1.4.1 Ambulante Leistungen

ÖKK START leistet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer gemäss Ziffer 6.3.3 GB ÖKK LIVE anerkannt sind.

1.4.2 Stationäre Leistungen

ÖKK START leistet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und in der allgemeinen Abteilung in einem Listen- oder Vertragsspital erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür vom Versicherer gemäss Ziffer 6.3.3 GB ÖKK LIVE anerkannt sind. In anderen Spitälern sind Leistungen nur bei Akutbehandlungen im Umfang von Ziffer 2.4.1.4 versichert.

1.5 Örtlicher Geltungsbereich

ÖKK START leistet in der Schweiz, wenn nicht anders bestimmt.

1.6 Versicherungsabschluss

ÖKK START kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr abgeschlossen werden.

1.7 Dauer der Versicherung

Die Versicherungsdauer von ÖKK START beträgt ein Jahr und der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, wenn die Versicherung nicht vom Versicherungsnehmer unter Einhaltung der ordentlichen Kündigungsfrist gekündigt wird.

Werden zusätzlich zum Grundmodul ÖKK START Zusatzmodule abgeschlossen, so verlängert sich die Versicherungsdauer gemäss Ziffer 4.3.2 der GB ÖKK LIVE.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Nichtärztliche Psychotherapie

2.1.1 Leistungsvoraussetzung

ÖKK START leistet nach Bewilligung des Kostengutsprache gesuches durch den Versicherer.

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

ÖKK START leistet nicht für Paartherapien bei Problemen zwischenmenschlicher Beziehungen.

2.1.2 Leistungsumfang

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

2.2 Unterbindung

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

2.3 Nichtpflichtmedikamente

ÖKK START leistet 90%, bis CHF 20'000 pro Kalenderjahr, für ärztlich (von KVG-Ärzten) verordnete Medikamente, die nicht auf der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT), der Spezialitätenliste (SL) gemäss KVG oder der Negativliste des Versicherers stehen.

Auf der Negativliste des Versicherers stehen unter anderem

- sämtliche Präparate der LPPV-Liste,
- Lifestyle-Präparate und
- neue Medikamente, die vom BAG noch nicht klassifiziert wurden.

2.4 Stationäre Behandlung

2.4.1 Akutbehandlung

2.4.1.1 Leistungsvoraussetzung

ÖKK START leistet, wenn die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist.

2.4.1.2 Leistungsumfang

ÖKK START übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Kosten der allgemeinen Abteilung eines Listen- oder Vertragsspitals in der Schweiz.

2.4.1.3 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 ÖKK START eine Pauschale von CHF 30 pro Tag.

2.4.1.4 Behandlung in anderen Spitälern

Erfolgt die Behandlung in einem anderen Spital als einem Listen- oder Vertragsspital, leistet ÖKK START eine Pauschale von CHF 30 pro Tag.

2.4.2 Psychiatrische Behandlung

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik (in jeweils vom Versicherer anerkannten Institutionen gemäss Ziffern 6.1.8.1 und 6.1.8.2 GB ÖKK LIVE) übernimmt ÖKK START innerhalb von drei Kalenderjahren die volle Kostendeckung gemäss den Bedingungen für Akutbehandlungen (Ziffer 2.4.1.2) während 90 Tagen.

Dauert die Behandlung länger, werden bei Behandlung in der entsprechenden Abteilung folgende Tagespauschalen ausgerichtet: ab 91. bis 180. Tag die effektiven Kosten, maximal CHF 20 pro Tag.

Diese Leistungen werden während maximal 180 Tagen innerhalb von drei Kalenderjahren erbracht.

2.4.3 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten Rehabilitationsklinik (gemäss Ziffern 6.1.8.1 und 6.1.8.2 GB ÖKK LIVE), gewährt ÖKK START bis 60 Tage pro Kalenderjahr volle Kostendeckung gemäss den Bedingungen für Akutbehandlungen gemäss Ziffer 2.4.1.2.

2.5 Notfall im Ausland

2.5.1 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

ÖKK START leistet bei ärztlicher ambulanter Behandlung bei Notfall im Ausland bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt.

2.5.2 Stationäre Behandlung bei Notfall im Ausland

ÖKK START leistet bei Notfall im Ausland für die stationäre Behandlung in der allgemeinen Abteilung eines Akutspitals bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt, solange eine Rückreise in die Schweiz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

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.

2.6 Hilfsmittel

2.6.1 Sehhilfen

ÖKK START leistet bis CHF 80 pro Kalenderjahr für Brillengläser und Kontaktlinsen zur Sehkorrektur.

ÖKK START leistet auch, wenn die Brillengläser und Kontaktlinsen im Ausland gekauft wurden.

2.6.2 Andere Hilfsmittel

ÖKK START leistet 50%, bis CHF 300 pro Kalenderjahr, für ärztlich (von KVG-Ärzten) verordnete Hilfsmittel, für die aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht geleistet wird.

Die Hilfsmittel müssen vom Versicherer anerkannt sein. Eine entsprechende Liste kann auf Anfrage eingesehen werden. Nicht versichert sind Kosten für Betrieb, Unterhalt und Reparatur von Hilfsmitteln.

2.7 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

2.7.1 Leistungsumfang

ÖKK START leistet bei

- medizinisch notwendigen Notfalltransporten ins nächstgelegene geeignete Spital,
- Rücktransporten in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung und
- Rettungs- und Bergungsaktionen

insgesamt bis CHF 50'000 pro Kalenderjahr.

Für Rücktransporte aus dem Ausland leistet ÖKK START nur, wenn der Rücktransport durch die Notrufzentrale des Versicherers organisiert wird.

ÖKK START leistet bei Transporten im Luftfahrzeug, wenn sie aus medizinischen oder technischen Gründen notwendig sind.

2.7.2 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt CHF 100 pro Fall.

2.7.3 Suchaktionen

ÖKK START leistet bei Suchaktionen bis CHF 20'000 pro Kalenderjahr, zusätzlich zur Leistung bei Rettung oder Bergung.

2.7.4 Leistungen Dritter

Keine Versicherungsdeckung besteht für Kosten, die durch eine Gönner- oder Mitgliedschaft bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisation abgedeckt sind.

2.8 Fahrtkosten

ÖKK START 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.

ÖKK START leistet zusätzlich zu obigen Kosten 90%, bis CHF 300 pro Kalenderjahr, für Fahrtkosten öffentlicher Verkehrsmittel zwischen Wohn- und Behandlungsort an eine versicherte Person in Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapie, wenn die Behandlung am Wohnort oder im Umkreis von 30 Kilometern nicht erbracht werden kann.

2.9 Kuren

2.9.1 Erholungskuren

ÖKK START 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. Der Versicherer führt eine Liste dieser Kuranstalten, die auf Anfrage eingesehen werden kann.

2.9.2 Badekuren

ÖKK START leistet CHF 30 pro Tag, bis zu 21 Tage pro Kalenderjahr.

Es besteht die freie Wahl unter den vom Versicherer anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern. Der Versicherer führt eine Liste dieser Heilbäder, die auf Anfrage eingesehen werden kann.

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.

2.9.3 Andere Kuren

Auf Antrag kann für ärztlich verordnete andere Kuren (Kuren, die nicht unter Ziffer 2.9.1 und 2.9.2 fallen) eine Pauschale bis zur Höhe des Badekurbeitrages gemäss Ziffer 2.9.2 ausgerichtet werden. Dies gilt für Kuren in Heilbädern oder Kurhäusern, die nicht auf der Liste in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgeführt sind.

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

2.9.4 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.

2.9.5 Thermalbad

ÖKK START leistet 50% der Kosten, bis zwölf Eintritte pro Kalenderjahr, für ärztlich verordnetes Thermalbad.

2.10 Haushaltshilfe

2.10.1 Grundsatz

Im direkten Anschluss an einen stationären Spitalaufenthalt sowie nach einer Hausgeburt oder einer ambulanten Geburt richtet ÖKK START auf ärztliche Verordnung hin Beiträge an spitalexterne Haushaltshilfen aus, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

2.10.2 Leistungsumfang

ÖKK START leistet an die Kosten einer anerkannten Haushaltshilfe bis CHF 40 pro Tag, höchstens CHF 400 pro Kalenderjahr.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

2.10.3 Leistungserbringer

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

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

2.11 Zahnärztliche Behandlungen

2.11.1 Kontrolluntersuchung und Prophylaxe

ÖKK START leistet bis CHF 60 pro Kalenderjahr für zahnärztliche Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen oder zahnmedizinische Prophylaxe bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 25. Altersjahr.

2.11.2 Kieferorthopädische Behandlung

ÖKK START leistet nach einer Karenzfrist von 3 Jahren ab Versicherungsbeginn 70%, bis maximal CHF 10'000 pro Kalenderjahr, für kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 25. Altersjahr, gemäss anerkanntem Tarif.

2.11.3 Weisheitszähne

ÖKK START leistet 90% für die ambulante Extraktion von Weisheitszähnen.

2.11.4 Behandlung im Ausland

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

2.11.5 Tarif

Die Festsetzung zahnärztlicher Leistungen richtet sich nach dem geltenden Zahnarztтарif SSO (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft), wobei es die Tarifstruktur «KVG-Tarif» und «revidierter Zahnarztтарif UV/MV/IV» gibt. ÖKK START leistet zum jeweils maximalen Sozialversicherungstarif (Taxpunktwert und Taxpunkte) der vom Leistungserbringer verwendeten Tarifstruktur.

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

2.11.6 Vorgehen nach zahnärztlicher Behandlung

Dem Versicherer ist die detaillierte Originalrechnung sofort vorzulegen, spätestens jedoch innert 30 Tagen ab Rechnungsstellung.

ÖKK SPITAL

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2023

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Versicherungsgrundlagen	23
1.1	Versicherungsträger	23
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	23
1.3	Zweck	23
1.4	Leistungsvoraussetzung	23
1.5	Örtlicher Geltungsbereich	23
1.6	Versicherungsabschluss	23
1.7	Dauer der Versicherung	23
1.8	Versicherungsmöglichkeiten	23
1.9	Unfalldeckung	23
2.	Versicherungsleistungen	23
2.1	Akutbehandlung	23
2.2	Psychiatrische Behandlung	24
2.3	Stationäre Rehabilitation	24
2.4	Leistungen im Ausland	24
2.5	Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen	24
2.6	Fahrtkosten	24
2.7	Vergütung in den Leistungsstufen ÖKK SPITAL HALBPRIVAT, ÖKK SPITAL PRIVAT UND ÖKK SPITAL GLOBAL	24
2.8	Kostenbeteiligung in den Leistungsstufen ÖKK SPITAL FLEX MINI und ÖKK SPITAL FLEX	25

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen ÖKK LIVE (GB ÖKK LIVE) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts. Soweit die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts von den GB ÖKK LIVE abweichen, gehen die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts den GB ÖKK LIVE vor.

1.3 Zweck

ÖKK SPITAL leistet bei stationären Behandlungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft sowie Notfällen im Ausland.

ÖKK SPITAL leistet auch für die Kosten von Transporten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen.

ÖKK SPITAL leistet Beiträge in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine andere Sozialversicherung oder das Grundmodul ÖKK START gedeckt ist. Bei Leistungspflicht mehrerer Privatversicherer gelten die Koordinationsregeln gemäss Ziffer 9.1.3 GB ÖKK LIVE.

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

1.4 Leistungsvoraussetzung

ÖKK SPITAL 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 vom Versicherer gemäss Ziffer 6.3.3 GB ÖKK LIVE anerkannt sind. In anderen Spitälern sind Leistungen nur bei Akutbehandlungen im Umfang von Ziffer 2.1.4 versichert.

1.5 Örtlicher Geltungsbereich

ÖKK SPITAL leistet in der Schweiz, wenn nicht anders bestimmt.

1.6 Versicherungsabschluss

ÖKK SPITAL kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr abgeschlossen werden.

1.7 Dauer der Versicherung

Die Versicherungsdauer von ÖKK SPITAL beträgt drei Jahre und der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, wenn die Versicherung nicht vom Versicherungsnehmer unter Einhaltung der ordentlichen Kündigungsfrist gekündigt wird.

1.8 Versicherungsmöglichkeiten

ÖKK SPITAL führt folgende Leistungsstufen:

ÖKK SPITAL FLEX MINI: Allgemeine oder halbprivate Abteilung in der Schweiz; gemäss vom Versicherer anerkanntem Tarif; mit entsprechender Kostenbeteiligung

ÖKK SPITAL FLEX: Allgemeine, halbprivate oder private Abteilung in der Schweiz; gemäss vom Versicherer anerkanntem Tarif; mit entsprechender Kostenbeteiligung

ÖKK SPITAL HALBPRIVAT: Halbprivate Abteilung in der Schweiz (Zweibettzimmer); gemäss vom Versicherer anerkanntem Tarif

ÖKK SPITAL PRIVAT: Private Abteilung in der Schweiz (Einbettzimmer); gemäss vom Versicherer anerkanntem Tarif

ÖKK SPITAL GLOBAL: Private Abteilung weltweit (Einbettzimmer)

Für alle Leistungsstufen gilt zudem, dass Leistungen in anderen Spitälern (nicht Listen-/nicht Vertragsspital) nur bei Akutbehandlungen im Umfang von Ziffer 2.1.4 versichert sind.

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

Diese Maximaltarife richten sich nach den Tarifen und Vereinbarungen eines vergleichbaren, in der Wohnregion der versicherten Person gelegenen Listen- oder Vertragsspitals und/oder von Spitälern mit vergleichbarem Mehrleistungsumfang. Für die Bewertung des Leistungsumfanges werden ärztliche und klinische Leistungen sowie Hotellerie- und Komfortleistungen miteinbezogen, die sich an marktüblichen Tarifen orientieren.

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

1.9 Unfalldeckung

Die Unfalldeckung kann ausgeschlossen werden.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Akutbehandlung

2.1.1 Leistungsvoraussetzung

ÖKK SPITAL leistet, wenn die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist.

2.1.2 Leistungsumfang

ÖKK SPITAL übernimmt bei Spitalaufenthalt die Kosten der versicherten Spitalabteilung gemäss gewählter Leistungsstufe (Ziffer 1.8).

Bei Behandlungen in der halbprivaten oder privaten Abteilung besteht freie Arztwahl.

2.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

Erfolgt die Behandlung einer Person, die mit ÖKK SPITAL HALBPRIVAT oder ÖKK SPITAL FLEX MINI versichert ist, in einer höheren als der versicherten Spitalabteilung, sind höchstens die Kosten gedeckt, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, leistet ÖKK SPITAL eine Pauschale von CHF 90 pro Tag.

2.1.4 Behandlung in anderen Spitälern

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

Bei ÖKK SPITAL FLEX MINI/ ÖKK SPITAL FLEX / ÖKK SPITAL HALBPRIVAT / ÖKK SPITAL PRIVAT: die Mehrkosten, die bei Aufenthalt in einem Listenspital im Wohnkanton im Vergleich zwischen der allgemeinen und der versicherten und gewählten Spitalabteilung entstanden wären

Bei ÖKK SPITAL GLOBAL: volle Kostendeckung

2.1.5 Kosten der stationären Behandlung bei Geburt eines Kindes

ÖKK SPITAL deckt die ungedeckten Kosten einer Geburt im Spital für die Mutter und das Neugeborene gemäss abgeschlossener Leistungsstufe der Mutter.

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

2.1.6 Ärztliche Zweitmeinung

Die versicherte Person kann auf Kosten des Versicherers vor einer geplanten Operation die Zweitmeinung (Second Opinion) eines weiteren Arztes oder Spezialisten einholen.

2.2 Psychiatrische Behandlung

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik (in jeweils vom Versicherer anerkannten Institutionen) übernimmt ÖKK SPITAL innerhalb von drei Kalenderjahren die volle Kostendeckung gemäss den Bedingungen für Akutbehandlungen (Ziffer 2.1.2) während 90 Tagen.

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

	ab 91. bis 180. Tag / pro Tag
ÖKK SPITAL FLEX MINI:	CHF 50
ÖKK SPITAL FLEX:	CHF 50
ÖKK SPITAL HALBPRIVAT:	CHF 50
ÖKK SPITAL PRIVAT:	CHF 70
ÖKK SPITAL GLOBAL:	CHF 90

Diese Leistungen werden bei Behandlung in der versicherten Abteilung während maximal 180 Tagen innerhalb von drei Kalenderjahren erbracht.

Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der versicherten Abteilung, richten sich die Leistungen nach der Variante für diejenige Abteilung, in der die Behandlung erfolgt.

2.3 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten Rehabilitationsklinik, gewährt ÖKK SPITAL bis 60 Tage pro Kalenderjahr volle Kostendeckung gemäss den Bedingungen für Akutbehandlungen gemäss Ziffer 2.1.2.

2.4 Leistungen im Ausland

2.4.1 Bei Notfällen

ÖKK SPITAL übernimmt die Kosten für die notfallmässige stationäre Behandlung in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zur vollen Kostendeckung in der versicherten Spitalabteilung.

Die Leistungen werden so lange erbracht, wie ein Heimtransport nicht angemessen ist.

2.4.2 Wahlbehandlung im Ausland

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

2.4.3 Vorgehen bei Spitalaufenthalt

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

Bei stationären Wahlbehandlungen ist beim Versicherer vorgängig ein Kostengutsprachege such einzureichen.

2.5 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

2.5.1 Leistungsumfang

An die Kosten von

- medizinisch notwendigen Notfalltransporten ins nächstgelegene geeignete Spital,
- Rücktransporten in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung und
- Rettungs- und Bergungsaktionen

werden folgende Beiträge aus ÖKK SPITAL geleistet:

ÖKK SPITAL FLEX:	CHF 30'000 pro Kalenderjahr
ÖKK SPITAL HALBPRIVAT:	CHF 30'000 pro Kalenderjahr
ÖKK SPITAL PRIVAT:	CHF 30'000 pro Kalenderjahr
ÖKK SPITAL GLOBAL:	CHF 100'000 pro Kalenderjahr

Für Rücktransporte aus dem Ausland leistet ÖKK SPITAL nur, wenn der Rücktransport durch die Notrufzentrale des Versicherers organisiert wird.

ÖKK SPITAL leistet bei Transporten im Luftfahrzeug, wenn sie aus medizinischen Gründen notwendig sind.

2.5.2 Suchaktionen

ÖKK SPITAL leistet in den Leistungsstufen ÖKK SPITAL FLEX, ÖKK SPITAL HALBPRIVAT, ÖKK SPITAL PRIVAT und ÖKK SPITAL GLOBAL bei Suchaktionen bis CHF 10'000 pro Kalenderjahr, zusätzlich zu den Kosten der Rettung oder Bergung.

2.5.3 Leistungen Dritter

Keine Versicherungsdeckung besteht für Kosten, die durch eine Gönner- oder Mitgliedschaft bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisation abgedeckt sind.

2.6 Fahrtkosten

ÖKK SPITAL FLEX, ÖKK SPITAL HALBPRIVAT, ÖKK SPITAL PRIVAT und ÖKK SPITAL GLOBAL leisten 90%, bis CHF 300 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.

ÖKK SPITAL FLEX, ÖKK SPITAL HALBPRIVAT, ÖKK SPITAL PRIVAT und ÖKK SPITAL GLOBAL leisten zusätzlich zu oben genannten Kosten 90 %, bis CHF 300 pro Kalenderjahr, für Fahrtkosten öffentlicher Verkehrsmittel zwischen Wohn- und Behandlungsort an eine versicherte Person in Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapie, wenn die Behandlung am Wohnort oder im Umkreis von 30 Kilometern nicht erbracht werden kann.

2.7 Vergütung in den Leistungsstufen ÖKK SPITAL HALBPRIVAT, ÖKK SPITAL PRIVAT UND ÖKK SPITAL GLOBAL

ÖKK SPITAL HALBPRIVAT, ÖKK SPITAL PRIVAT und ÖKK SPITAL GLOBAL leisten an versicherte Personen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr eine Vergütung bei Wahl einer günstigeren Spitalabteilung in einem Akutspital in der Schweiz. Die Wahl einer günstigeren Spitalabteilung ist dem Versicherer zu melden.

ÖKK SPITAL HALBPRIVAT:	allgemeine Abteilung: CHF 300 pro Tag
ÖKK SPITAL PRIVAT /	allgemeine Abteilung: CHF 400 pro Tag
ÖKK SPITAL GLOBAL:	halbprivate Abteilung: CHF 200 pro Tag

Die Beträge können der Spitalkostenentwicklung angepasst werden. Bei einer Reduktion der Beträge gilt das Rücktrittsrecht gemäss Ziffer 8.2 GB ÖKK LIVE.

2.8 Kostenbeteiligung in den Leistungsstufen ÖKK SPITAL FLEX MINI und ÖKK SPITAL FLEX

2.8.1 Umfang der Kostenbeteiligung

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

Folgende Kostenbeteiligungen werden für die Stufe ÖKK SPITAL FLEX MINI erhoben:

Behandlung in:	Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr:
Allgemeine Abteilung	keine
Halbprivate Abteilung	35%, bis max. CHF 4'500

Diese Kostenbeteiligung gilt auch bei Mutterschaft.

Folgende Kostenbeteiligungen werden für die Stufe ÖKK SPITAL FLEX erhoben:

Behandlung in:	Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr:
Allgemeine Abteilung	keine
Halbprivate Abteilung	15%, bis max. CHF 1'500
Private Abteilung	25%, bis max. CHF 4'500

Diese Kostenbeteiligung gilt auch bei Mutterschaft.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wird zusätzlich erhoben.

2.8.2 Maximale Kostenbeteiligung für Familien

Sind zwei oder mehrere Personen, die in der gleichen Versicherungspolice aufgeführt sind, in den Leistungsstufen ÖKK SPITAL FLEX MINI oder ÖKK SPITAL FLEX versichert, können vom Versicherer Kostenbeteiligungen zurückgefordert werden, die insgesamt den Betrag von CHF 4'500 pro Kalenderjahr übersteigen.

ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2018

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Versicherungsgrundlagen	27
1.1	Versicherungsträger	27
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	27
1.3	Zweck	27
1.4	Leistungsvoraussetzung	27
1.5	Örtlicher Geltungsbereich	27
1.6	Versicherungsabschluss	27
1.7	Dauer der Versicherung	27
2.	Versicherungsleistungen	27
2.1	Stationäre Behandlung	27
2.2	Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen	27
2.3	Fahrtkosten	27
2.4	Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen	27
2.5	Hilfsmittel	28

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen ÖKK LIVE (GB ÖKK LIVE) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts. Soweit die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts von den GB ÖKK LIVE abweichen, gehen die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts den GB ÖKK LIVE vor.

1.3 Zweck

ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL leistet bei Unfall für stationäre Behandlungen, Fahrten zur ärztlichen Behandlung, Suchaktionen und Transportkosten.

ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL leistet in Ergänzung zur Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine andere Sozialversicherung gedeckt ist. Bei Vorliegen von mehreren privaten Versicherungen werden Leistungen subsidiär zu anderen Versicherern gewährt. Falls die Versicherungsbedingungen anderer Privatversicherer ebenfalls eine Subsidiärklausel vorsehen, so gelten die Koordinationsregeln gemäss Ziffer 9.1.3 GB ÖKK LIVE. Bestehen weitere Versicherungen beim Versicherer mit Leistungen bei ambulanter oder stationärer Behandlung, gehen die Leistungen dieser Versicherungen denen von ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL vor.

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

1.4 Leistungsvoraussetzung

ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL leistet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer gemäss Ziffer 6.3.3 GB ÖKK LIVE anerkannt sind.

ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL leistet bei stationärer Behandlung, wenn sie in einem Listen- oder Vertragsspital erfolgt. Für psychiatrische Behandlungen werden in keinem Fall Leistungen erbracht.

ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL leistet in Höhe der Mehrkosten der privaten im Vergleich zur allgemeinen Abteilung eines Listenspitals im Wohnkanton der versicherten Person, wenn die Behandlung in einem Spital erfolgt, das weder Listen- noch Vertragsspital ist. 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

ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL leistet in der Schweiz, bei Notfall weltweit.

1.6 Versicherungsabschluss

ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr abgeschlossen werden.

1.7 Dauer der Versicherung

Die Versicherungsdauer von ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL beträgt ein Jahr und der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, wenn die Versicherung nicht vom Versicherungsnehmer unter Einhaltung der ordentlichen Kündigungsfrist gekündigt wird.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Stationäre Behandlung

2.1.1 Akutbehandlung

ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL übernimmt bei Spitalaufenthalt die Kosten der privaten Abteilung.

2.1.2 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten Rehabilitationsklinik, leistet ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL bis 60 Tage pro Kalenderjahr volle Kostendeckung gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung gemäss Ziffer 2.1.1.

2.1.3 Leistung im Ausland

2.1.3.1 Bei Notfällen

ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL übernimmt die Kosten für die notfallmässige stationäre Behandlung in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts bis zur vollen Kostendeckung in der privaten Abteilung.

Die Leistungen werden so lange erbracht, wie ein Heimtransport aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

2.1.3.2 Vorgehen bei Spitalaufenthalt

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

2.2 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

2.2.1 Leistungsumfang

ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL leistet bei

- medizinisch notwendigen Notfalltransporten ins nächstgelegene geeignete Spital,
- Rücktransporten in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung und
- Rettungs- und Bergungsaktionen

insgesamt bis CHF 50'000 pro Kalenderjahr.

Für Rücktransporte aus dem Ausland leistet ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL nur, wenn der Rücktransport durch die Notrufzentrale des Versicherers organisiert wird.

ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL leistet bei Transporten im Luftfahrzeug, wenn der Transport aus medizinischen oder technischen Gründen notwendig ist.

2.2.2 Suchaktionen

ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL leistet bei Suchaktionen bis CHF 10'000 pro Kalenderjahr, zusätzlich zu den Kosten der Rettung oder Bergung.

2.2.3 Leistungen Dritter

Keine Versicherungsdeckung besteht für Kosten, die durch eine Gönner- oder Mitgliedschaft bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisation abgedeckt sind.

2.3 Fahrtkosten

ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL leistet 90%, bis CHF 300 pro Kalenderjahr, für Fahrtkosten öffentlicher Verkehrsmittel zwischen Wohn- und Behandlungs ort, wenn die Behandlung am Wohnort oder im Umkreis von 30 Kilometern nicht erbracht werden kann.

2.4 Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen

2.4.1 Behandlung durch Ärzte ohne KVG-Unterstellung

Für Behandlungen durch Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, erstattet ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL Leistungen gemäss KVG-Tarif.

2.4.2 Privatsprechstunde bei Spitalärzten ohne KVG-Unterstellung

Für ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspitalärzten, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, erstattet ÖKK SPITAL PRIVAT UNFALL Leistungen gemäss anerkanntem Tarif.

2.5 Hilfsmittel

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

Es werden auch die Kosten für Hilfsmittel übernommen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen. Dies gilt allerdings nur, wenn die Hilfsmittel im Zusammenhang mit einem Unfall beschädigt wurden, der eine Spitalbehandlung erfordert.

Insgesamt werden bis CHF 30'000 pro Kalenderjahr übernommen.

ÖKK NATUR

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2018

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Versicherungsgrundlagen	30
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
1.7	Dauer der Versicherung	30
1.8	Versicherungsmöglichkeiten	30
2.	Versicherungsleistungen	30
2.1	Alternativmedizinische Behandlung	30
2.2	Ärztliche Wahlbehandlung im Ausland	30
2.3	Natürliche Heilmittel	30
2.4	Sehhilfen	31
2.5	Augenlaser	31

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen ÖKK LIVE (GB ÖKK LIVE) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts. Soweit die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts von den GB ÖKK LIVE abweichen, gehen die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts den GB ÖKK LIVE vor.

1.3 Zweck

ÖKK NATUR erbringt Leistungen für ambulante alternativmedizinische Behandlungen, für ärztliche Behandlungen im Ausland, für natürliche Heilmittel und vergütet Leistungen an Sehhilfen und eine Augenlaserbehandlung.

ÖKK NATUR leistet diese Beiträge in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine andere Sozialversicherung oder das Grundmodul ÖKK START gedeckt ist. Bei Vorliegen von mehreren privaten Versicherungen werden Leistungen subsidiär zu anderen Versicherern gewährt. Falls die Versicherungsbedingungen anderer Privatversicherer ebenfalls eine Subsidiärklausel vorsehen, so gelten die Koordinationsregeln gemäss Ziffer 9.1.3 GB ÖKK LIVE.

Kostenbeteiligungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind nicht versichert.

1.4 Leistungsvoraussetzung

ÖKK NATUR leistet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer gemäss Ziffer 6.3.3 GB ÖKK LIVE anerkannt sind.

1.5 Örtlicher Geltungsbereich

ÖKK NATUR leistet in der Schweiz und wo bestimmt auch im Ausland.

1.6 Versicherungsabschluss

ÖKK NATUR kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr abgeschlossen werden.

1.7 Dauer der Versicherung

Die Versicherungsdauer von ÖKK NATUR beträgt drei Jahre und der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, wenn die Versicherung nicht vom Versicherungsnehmer unter Einhaltung der ordentlichen Kündigungsfrist gekündigt wird.

1.8 Versicherungsmöglichkeiten

ÖKK NATUR führt folgende Leistungsstufen:

- ÖKK NATUR MINI
- ÖKK NATUR MIDI
- ÖKK NATUR PLUS

2. Versicherungsleistungen

2.1 Alternativmedizinische Behandlung

2.1.1 Anerkannte Therapiemethoden

Im Rahmen der gewählten Leistungsstufe umfasst ÖKK NATUR für ambulante alternativmedizinische Behandlungen folgende Leistungen pro Kalenderjahr:

ÖKK NATUR MINI 80% bis CHF 1'000 (bei einer Franchise von CHF 300)

ÖKK NATUR MIDI 80% bis CHF 5'000 (bei einer Franchise von CHF 300)

ÖKK NATUR PLUS 80% bis CHF 10'000 (bei einer Franchise von CHF 300)

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

Voraussetzung für eine Leistungsübernahme ist, dass die Therapiemethode (z.B. Teilbereiche von traditioneller chinesischer Medizin, naturheilkundliche Praktiken) und der Therapeut oder der Arzt vom Versicherer anerkannt sind. Der Versicherer führt hierfür Listen, die auf Anfrage eingesehen werden können.

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

Der maximale Leistungsanspruch pro Kalenderjahr berechnet sich aus dem Restbetrag, der die Franchise übersteigt.

2.1.2 Weitere Therapiemethoden

ÖKK NATUR vergütet für weitere, durch qualifizierte Personen vorgenommene ambulante alternativmedizinische Behandlungen folgende Leistungen pro Kalenderjahr:

ÖKK NATUR MINI keine Leistungen

ÖKK NATUR MIDI 50%, bis CHF 500

ÖKK NATUR PLUS 50%, bis CHF 1'000

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

Wird ÖKK NATUR PLUS zusammen mit ÖKK SPITAL GLOBAL abgeschlossen und geführt, leistet ÖKK NATUR PLUS weltweit.

Vorbehalten bleibt die Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten durch den Versicherer.

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

2.1.3 Nicht versicherte Behandlungen

ÖKK NATUR leistet nicht für Wellness-, Lifestyle- und präventive Behandlungen.

2.2 Ärztliche Wahlbehandlung im Ausland

ÖKK NATUR leistet bei ambulanten schulmedizinischen Behandlungen durch Ärzte im Ausland pro Kalenderjahr:

ÖKK NATUR MINI keine Leistungen

ÖKK NATUR MIDI keine Leistungen

ÖKK NATUR PLUS 80%, bis CHF 5'000 (bei einer Franchise von CHF 300)

Der maximale Leistungsanspruch pro Kalenderjahr berechnet sich aus dem Restbetrag, der die Franchise übersteigt.

2.3 Natürliche Heilmittel

ÖKK NATUR vergütet für phytotherapeutische, homöopathische und anthroposophische Heilmittel sowie Oligosole, wenn sie nicht auf der Negativliste des Versicherers stehen, folgende Leistungen pro Kalenderjahr:

ÖKK NATUR MINI 80%, max. CHF 300

ÖKK NATUR MIDI 80%, max. CHF 2'000

ÖKK NATUR PLUS 80%, max. CHF 4'000

Die Negativliste kann auf Anfrage beim Versicherer eingesehen werden.

ÖKK NATUR PLUS leistet auch, wenn der Bezug des Heilmittels in einem Nachbarland der Schweiz erfolgt. Als Nachbarländer gelten Länder, die mit der Schweiz eine gemeinsame Grenze haben.

Wird ÖKK NATUR PLUS zusammen mit ÖKK SPITAL GLOBAL abgeschlossen und geführt, leistet ÖKK NATUR PLUS weltweit.

2.4 Sehhilfen

ÖKK NATUR vergütet zusätzlich zu ÖKK START für Brillengläser und Kontaktlinsen zur Sehkorrektur folgende Leistungen pro Kalenderjahr:

ÖKK NATUR MINI	keine Leistungen
ÖKK NATUR MIDI	CHF 80
ÖKK NATUR PLUS	CHF 200

Die Leistung ist über zwei Kalenderjahre kumulierbar, wenn in der versicherten Leistungsstufe im Vorjahr keine Leistungen abgerechnet worden sind.

ÖKK NATUR leistet auch, wenn die Brillengläser und Kontaktlinsen im Ausland gekauft wurden.

2.5 Augenlaser

ÖKK NATUR leistet in der Leistungsstufe ÖKK NATUR PLUS nach einer Karenzfrist von drei Jahren bis CHF 500 einmalig. Dies gilt für die Augenlaserbehandlung zur Sehkorrektur von Erwachsenen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.

ÖKK NATUR leistet auch, wenn die Behandlung im Ausland erfolgt.

ÖKK PRÄVENTION

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2018

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Versicherungsgrundlagen	33
1.1	Versicherungsträger	33
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	33
1.3	Zweck	33
1.4	Leistungsvoraussetzung	33
1.5	Örtlicher Geltungsbereich	33
1.6	Versicherungsabschluss	33
1.7	Dauer der Versicherung	33
2.	Versicherungsleistungen	33
2.1	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung	33
2.2	Check-up-Untersuchung	33
2.3	Impfung	33
2.4	Gesundheitskonto	33

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen ÖKK LIVE (GB ÖKK LIVE) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts. Soweit die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts von den GB ÖKK LIVE abweichen, gehen die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts den GB ÖKK LIVE vor.

1.3 Zweck

ÖKK PRÄVENTION leistet Beiträge an gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, Check-up-Untersuchungen und Impfungen. Aus einem Gesundheitskonto können zudem für ausgewählte Präventivmassnahmen Beiträge bezogen werden.

ÖKK PRÄVENTION leistet diese Beiträge in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine andere Sozialversicherung oder das Grundmodul ÖKK START gedeckt ist. Bei Vorliegen von mehreren privaten Versicherungen werden Leistungen subsidiär zu anderen Versicherern gewährt. Falls die Versicherungsbedingungen anderer Privatversicherer ebenfalls eine Subsidiärklausel vorsehen, so gelten die Koordinationsregeln gemäss Ziffer 9.1.3 GB ÖKK LIVE.

Kostenbeteiligungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind nicht versichert.

1.4 Leistungsvoraussetzung

ÖKK PRÄVENTION leistet bei ambulanten Behandlungen, wenn diese von Personen durchgeführt werden, die dafür vom Versicherer gemäss Ziffer 6.3.3 GB ÖKK LIVE anerkannt sind.

1.5 Örtlicher Geltungsbereich

ÖKK PRÄVENTION leistet in der Schweiz, wenn nicht anders bestimmt.

1.6 Versicherungsabschluss

ÖKK PRÄVENTION kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr abgeschlossen werden.

1.7 Dauer der Versicherung

Die Versicherungsdauer von ÖKK PRÄVENTION beträgt drei Jahre und der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, wenn die Versicherung nicht vom Versicherungsnehmer unter Einhaltung der ordentlichen Kündigungsfrist gekündigt wird.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

ÖKK PRÄVENTION übernimmt pro Kalenderjahr 90% der Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung nach KVG zum KVG-Tarif, wenn im laufenden Kalenderjahr keine Leistung für eine entsprechende Vorsorgeuntersuchung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht wird.

2.2 Check-up-Untersuchung

ÖKK PRÄVENTION leistet 90% der Kosten, bis CHF 300 pro Kalenderjahr, für ärztliche Check-up-Untersuchungen (vom behandelnden Arzt auf der Rechnung entsprechend deklariert).

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

2.3 Impfung

ÖKK PRÄVENTION leistet 90% der Kosten, bis CHF 200 pro Kalenderjahr, für medizinisch anerkannte Impfungen, wenn keine entsprechende Leistung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen wird.

2.4 Gesundheitskonto

ÖKK PRÄVENTION leistet 50% der Kosten, bis CHF 300 pro Kalenderjahr, für ausgewählte Präventivmassnahmen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Familie und sonstige Prävention. Die einzelnen vom Versicherer anerkannten Präventivmassnahmen je Bereich werden durch den Versicherer auf einer Liste geführt und können jederzeit eingesehen werden.

Der Beitrag an einzelne anerkannte Präventivmassnahmen innerhalb eines Bereichs kann begrenzt werden.

Werden Präventivmassnahmen verschiedener Bereiche in Anspruch genommen, leistet ÖKK PRÄVENTION total maximal CHF 500 pro Kalenderjahr.

ÖKK SMILE

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2018

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Versicherungsgrundlagen	35
1.1	Versicherungsträger	35
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	35
1.3	Zweck	35
1.4	Leistungsvoraussetzung	35
1.5	Örtlicher Geltungsbereich	35
1.6	Versicherungsabschluss	35
1.7	Dauer der Versicherung	35
1.8	Versicherungsmöglichkeiten	35
2.	Versicherungsleistungen	35
2.1	Zahnärztliche Behandlungen	35
2.2	Kontrolluntersuchung und Prophylaxe	35
2.3	Karenzfrist	35
2.4	Vorgehen nach zahnärztlicher Behandlung	35

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen ÖKK LIVE (GB ÖKK LIVE) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts. Soweit die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts von den GB ÖKK LIVE abweichen, gehen die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts den GB ÖKK LIVE vor.

1.3 Zweck

ÖKK SMILE leistet bei zahnärztlichen Behandlungen und prophylaktischen Massnahmen.

ÖKK SMILE leistet diese Beiträge in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) oder Unfallversicherung nach Unfallversicherungsgesetz (UVG). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine andere Sozialversicherung, das Grundmodul ÖKK START oder Kantone und Gemeinden gedeckt ist. Bei Vorliegen von mehreren privaten Versicherungen werden Leistungen subsidiär zu anderen Versicherern gewährt. Falls die Versicherungsbedingungen anderer Privatversicherer ebenfalls eine Subsidiärklausel vorsehen, so gelten die Koordinationsregeln gemäss Ziffer 9.1.3 GB ÖKK LIVE.

Kostenbeteiligungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind nicht versichert.

1.4 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. ÖKK SMILE leistet zum jeweils maximalen Sozialversicherungstarif (Taxpunktwert und Taxpunkte) der vom Leistungserbringer verwendeten Tarifstruktur.

1.5 Örtlicher Geltungsbereich

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

1.6 Versicherungsabschluss

ÖKK SMILE kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr 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.

1.7 Dauer der Versicherung

Die Versicherungsdauer von ÖKK SMILE beträgt drei Jahre und der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, wenn die Versicherung nicht vom Versicherungsnehmer unter Einhaltung der ordentlichen Kündigungsfrist gekündigt wird.

1.8 Versicherungsmöglichkeiten

ÖKK SMILE führt folgende Leistungsstufen:

- ÖKK SMILE 1'000
- ÖKK SMILE 1'500
- ÖKK SMILE 3'000
- ÖKK SMILE 5'000

2. Versicherungsleistungen

2.1 Zahnärztliche Behandlungen

Im Rahmen der gewählten Leistungsstufe umfasst ÖKK SMILE die Kosten für zahnärztliche Behandlungen inklusive Laborkosten. Für Zahnpflegemittel werden keine Leistungen erbracht.

Leistungsstufe	Maximaler Leistungsanspruch pro Kalenderjahr
----------------	--

ÖKK SMILE 1'000	50% bis CHF 1'000
ÖKK SMILE 1'500	75% bis CHF 1'500
ÖKK SMILE 3'000	75% bis CHF 3'000
ÖKK SMILE 5'000	75% bis CHF 5'000

2.2 Kontrolluntersuchung und Prophylaxe

ÖKK SMILE leistet zusätzlich zu ÖKK START für eine Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen und für Prophylaxe die effektiven Kosten bis maximal CHF 100 pro Kalenderjahr.

2.3 Karenzfrist

Der Leistungsanspruch aus ÖKK SMILE 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. entsprechender Provisorien, Reparaturen und der dazugehörenden zahnärztlichen Behandlungen und Kontrollen und
- nach einer Karenzfrist von 6 Monaten für alle übrigen Behandlungen wie Füllungen oder Wurzelbehandlungen.

Die Karenzfrist gilt auch bei Versicherungserhöhungen.

Leistungen für Prophylaxe und Kontrolle unterliegen keiner Karenzfrist.

2.4 Vorgehen nach zahnärztlicher Behandlung

Dem Versicherer ist die detaillierte Originalrechnung sofort vorzulegen, spätestens jedoch innert 30 Tagen ab Rechnungsstellung. Auf der Rechnung muss die Behandlungsdauer ersichtlich sein; ebenso müssen die erbrachten Leistungen einzeln aufgeführt sein.

ÖKK ELTERN

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2018

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Versicherungsgrundlagen	37
1.1	Versicherungsträger	37
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	37
1.3	Zweck	37
1.4	Leistungsvoraussetzungen	37
1.5	Örtlicher Geltungsbereich	37
1.6	Versicherungsabschluss	37
1.7	Dauer der Versicherung	37
2.	Versicherungsleistungen	37
2.1	Mutterschaft	37
2.2	Rooming-in	37
2.3	Haushaltshilfe	37
2.4	Kinderhütendienst	38

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen ÖKK LIVE (GB ÖKK LIVE) sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts. Soweit die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts von den GB ÖKK LIVE abweichen, gehen die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts den GB ÖKK LIVE vor.

1.3 Zweck

ÖKK ELTERN erbringt ausgewählte, mit der Geburt und Betreuung des Kindes zusammenhängende Leistungen.

ÖKK ELTERN leistet diese Beiträge in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine andere Sozialversicherung oder das Grundmodul ÖKK START gedeckt ist. Bei Vorliegen von mehreren privaten Versicherungen werden Leistungen subsidiär zu anderen Versicherern gewährt. Falls die Versicherungsbedingungen anderer Privatversicherer ebenfalls eine Subsidiärklausel vorsehen, so gelten die Koordinationsregeln gemäss Ziffer 9.1.3 GB ÖKK LIVE.

Kostenbeteiligungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind nicht versichert.

1.4 Leistungsvoraussetzungen

ÖKK ELTERN leistet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer gemäss Ziffer 6.3.3 GB ÖKK LIVE anerkannt sind.

1.5 Örtlicher Geltungsbereich

ÖKK ELTERN leistet in der Schweiz, wenn nicht anders bestimmt.

1.6 Versicherungsabschluss

ÖKK ELTERN kann bis zum vollendeten 60. Lebensjahr abgeschlossen werden.

1.7 Dauer der Versicherung

Die Versicherungsdauer von ÖKK ELTERN beträgt drei Jahre und der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Jahr, wenn die Versicherung nicht vom Versicherungsnehmer unter Einhaltung der ordentlichen Kündigungsfrist gekündigt wird.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Mutterschaft

2.1.1 Geburtsvorbereitung

ÖKK ELTERN leistet bis CHF 200 pro Schwangerschaft für von einer Fachperson durchgeführte Geburtsvorbereitungskurse (inkl. Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik).

2.1.2 Stillgeld

ÖKK ELTERN leistet CHF 150 pro Kind, wenn die Mutter ihr Kind zehn Wochen lang stillt.

2.1.3 Geburt im Geburtshaus

Bei Geburt in einem vom Versicherer anerkannten Geburtshaus, das nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, werden folgende Leistungen erbracht: 90%, bis CHF 1'000 pro Geburt.

Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Geburtshäuser, die auf Anfrage eingesehen werden kann.

2.1.4 Haushaltshilfe nach Geburt

2.1.4.1 Grundsatz

ÖKK ELTERN leistet zusätzlich zu ÖKK START Beiträge an die Kosten ärztlich verordneter Haushaltshilfen.

Die Beiträge werden anstelle der Leistungen gemäss Ziffer 2.3 geleistet.

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

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

2.1.4.2 Geburt im Spital

Im Anschluss an eine Geburt im Spital wird folgender Ansatz übernommen: bis CHF 60 pro Tag, höchstens CHF 600 pro Kalenderjahr.

2.1.4.3 Hausgeburt

Bei einer Hausgeburt oder nach einer ambulanten Geburt wird folgender Ansatz übernommen: bis CHF 60 pro Tag, höchstens CHF 840 pro Kalenderjahr.

2.1.5 Familienzimmer

ÖKK ELTERN leistet bei Geburt in einem Listen- oder Vertragsspital bis CHF 200 pro Tag an die Mehrkosten eines Familienzimmers oder eines Ein- oder Zweibettzimmers, das als Familienzimmer genutzt wird.

2.2 Rooming-in

Wird ein Kind bis zwölf Jahre stationär behandelt, leistet ÖKK ELTERN aus der Versicherung des Elternteils bis CHF 150 pro Tag für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes.

Wird ein beim Versicherer versicherter Elternteil stationär behandelt, leistet ÖKK ELTERN bis CHF 150 pro Tag für den Aufenthalt eines Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr im Zimmer des Elternteils.

2.3 Haushaltshilfe

2.3.1 Grundsatz

Im direkten Anschluss an einen stationären Spitalaufenthalt richtet ÖKK ELTERN zusätzlich zu ÖKK START auf ärztliche Verordnung hin Beiträge an spitalexterne Haushaltshilfen aus, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

2.3.2 Leistungsumfang

Ist die versicherte Person für die Betreuung von mindestens einem Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr verantwortlich, leistet ÖKK ELTERN an die Kosten einer anerkannten Haushaltshilfe bis CHF 40 pro Tag, höchstens CHF 600 pro Kalenderjahr.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

2.3.3 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 ein nachweisbarer Erwerbsausfall entsteht.

2.4 Kinderhütendienst

2.4.1 Grundsatz

ÖKK ELTERN leistet Beiträge für Betreuungs- und Pflegedienste für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, wenn die Dienste von einem vom Versicherer anerkannten Partner durchgeführt werden.

Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Partner, die auf Anfrage eingesehen werden kann.

2.4.2 Leistungsvoraussetzungen

ÖKK ELTERN leistet, wenn das Kind infolge akuter Krankheit oder Unfall der Betreuung oder Pflege bedarf. Die Leistungserbringung ist ausschliesslich auf die Betreuung und Pflege durch das beauftragte Fachpersonal beschränkt.

Ein Anspruch auf Leistungen entsteht, sofern die erziehungsberechtigte versicherte Person während der Zeit der Betreuung einer Erwerbstätigkeit nachgeht.

2.4.3 Leistungsumfang

ÖKK ELTERN leistet maximal CHF 30 pro Stunde bis CHF 600 pro Kalenderjahr.

ÖKK TOURIST

ÖKK Versicherungen AG
 Coop Rechtsschutz AG
 Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG
 Ausgabe 1.1.2022

INHALTSVERZEICHNIS

VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN	41	5. Pflichten im Schadenfall	43
1. Versicherungsträger	41	5.1 Benachrichtigung der ÖKK Notrufzentrale	43
2. Gemeinsame Bestimmungen	41	5.2 Entbindung von der Schweigepflicht	43
3. Zweck	41	5.3 Geltendmachung des Anspruchs	43
4. Versicherungsmöglichkeiten	41	5.4 Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts	43
5. Versicherungsabschluss	41	6. Leistungen Dritter	43
6. Versicherte Personen	41	6.1 Sozialversicherungen	43
6.1 Einzelversicherung	41	6.2 Bestehende Versicherungen beim Versicherer	43
6.2 Familienversicherung	41	6.3 Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen	43
7. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung	41	REISERECHTSSCHUTZ	44
8. Auflösung des Kollektivvertrages	41	1. Örtlicher Geltungsbereich	44
9. Kostenbeteiligung	41	2. Zeitlicher Geltungsbereich	44
HEILUNGSKOSTEN & PERSONEN-ASSISTANCE	42	3. Versicherte Eigenschaften	44
1. Leistungsvoraussetzung	42	4. Versicherte Reiserechtsschutz-Fälle	44
2. Örtlicher Geltungsbereich	42	5. Versicherungsleistungen	44
3. Zeitlicher Geltungsbereich	42	6. Ausschlüsse	44
4. Versicherungsleistungen	42	7. Anmeldung eines Rechtsschutzfalles	44
4.1 Heilungskosten	42	8. Abwicklung eines Rechtsschutzfalles	45
4.2 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen	42	9. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten	45
4.3 Besuchsreise und Reisemehrkosten	42	10. Gerichtsstand	45
4.4 Deckungssumme	42		
4.5 Service-Dienstleistungen	42		
4.6 Leistungsausschluss	43		

ANNULLIERUNGSKOSTEN	46	REISEGEPÄCK	48
1. Örtlicher Geltungsbereich	46	1. Örtlicher Geltungsbereich	48
2. Zeitlicher Geltungsbereich	46	2. Zeitlicher Geltungsbereich	48
3. Versicherte Ereignisse	46	3. Versicherte Gegenstände	48
4. Versicherungsleistungen	46	4. Nicht versicherte Gegenstände	48
4.1 Grundsatz	46	5. Versicherte Ereignisse	48
4.2 Annullierungskosten	46	6. Versicherungsleistungen	48
4.3 Mehrkosten	46	6.1 Leistungsumfang	48
4.4 Unbenützte Reiseleistung	46	6.2 Deckungssummen	48
4.5 Deckungssummen	46	6.3 Leistungsausschluss	48
4.6 Leistungsausschluss	46	6.4 Forderungsabtretung	49
4.7 Chronisch Kranke	47	6.5 Haftung Versicherungsträger	49
4.8 Forderungsabtretung	47	7. Verhaltenspflichten auf Reisen	49
4.9 Haftung Versicherungsträger	47	8. Pflichten im Schadenfall	49
5. Verhaltenspflichten auf Reisen	47	9. Gerichtsstand	49
6. Pflichten im Schadenfall	47		
7. Ansprüche gegenüber Dritten	47		
8. Gerichtsstand	47		

VERSICHERUNGSGRUNDLAGEN

1. Versicherungsträger

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

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

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

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

2. Gemeinsame Bestimmungen

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

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

3. Zweck

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

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

Massgebend für die Deckung sind die nachfolgenden Leistungsbestimmungen.

4. Versicherungsmöglichkeiten

Folgende Module können innerhalb ÖKK TOURIST abgeschlossen werden:

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

5. Versicherungsabschluss

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

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

6. Versicherte Personen

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

6.1 Einzelversicherung

Versichert ist die auf der Versicherungspolice aufgeführte Person.

6.2 Familienversicherung

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

7. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

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

8. Auflösung des Kollektivvertrages

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

9. Kostenbeteiligung

Auf Leistungen aus ÖKK TOURIST wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

HEILUNGSKOSTEN & PERSONEN-ASSISTANCE

1. Leistungsvoraussetzung

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

2. Örtlicher Geltungsbereich

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

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

3. Zeitlicher Geltungsbereich

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

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

4. Versicherungsleistungen

4.1 Heilungskosten

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

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

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

Die für die Schweiz geltende gesetzliche Kostenbeteiligung ist nicht versichert.

4.2 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

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

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

4.3 Besuchsreise und Reisemehrkosten

4.3.1 Besuchsreise

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

4.3.2 Extra-Rückreise

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

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

4.4 Deckungssumme

4.4.1 ÖKK TOURIST 50/100

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

Varianten Auslandsaufenthaltsdauer:

- bis maximal 17 Tage
- bis maximal 40 Tage.

4.4.2 ÖKK TOURIST 250/500

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

Varianten Auslandsaufenthaltsdauer:

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

4.5 Service-Dienstleistungen

4.5.1 Kostenvorschuss an ein Spital

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

4.5.2 Benachrichtigung von Personen zu Hause

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

4.5.3 Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland

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

4.5.4 Medizinische Beratung durch Ärzte

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

4.6 Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht

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

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

5. Pflichten im Schadenfall

5.1 Benachrichtigung der ÖKK Notrufzentrale

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

5.2 Entbindung von der Schweigepflicht

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

5.3 Geltendmachung des Anspruchs

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

5.4 Anrechnung von Bahn- oder Flugbillets

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

6. Leistungen Dritter

6.1 Sozialversicherungen

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

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

6.2 Bestehende Versicherungen beim Versicherer

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

6.3 Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen

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

REISERECHTSSCHUTZ

1. Örtlicher Geltungsbereich

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

2. Zeitlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt während der in der Versicherungspolice festgelegten Versicherungsdauer.

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

3. Versicherte Eigenschaften

Die versicherte Person geniesst Rechtsschutz in ihrer Eigenschaft als

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

4. Versicherte Reiserechtsschutz-Fälle

Folgende Rechtsschutz-Fälle sind versichert:

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

5. Versicherungsleistungen

In den versicherten Rechtsschutz-Fällen werden folgende Leistungen gewährt:

- a) die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen durch den Rechtsdienst der Coop Rechtsschutz,

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

Nicht bezahlt werden

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

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

6. Ausschlüsse

Kein Rechtsschutz wird gewährt

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

7. Anmeldung eines Rechtsschutzfalles

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

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

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

8. Abwicklung eines Rechtsschutzfalles

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

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

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

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

9. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

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

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

10. Gerichtsstand

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

ANNULLIERUNGSKOSTEN

1. Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

2. Zeitlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt für den auf der Versicherungspolice angegebenen Zeitraum.

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

3. Versicherte Ereignisse

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

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

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

4. Versicherungsleistungen

4.1 Grundsatz

Massgebend für die Beurteilung des Leistungsanspruchs ist das Ereignis, welches die Annullierung, den Reiseabbruch oder die Verlängerung der

Reiseleistung auslöst. Vorgängige oder nachträgliche Ereignisse werden nicht berücksichtigt.

4.2 Annullierungskosten

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

Unverhältnismässige oder mehrmalige Bearbeitungsgebühren sind nicht versichert.

4.3 Mehrkosten

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

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

Werden Mehrkosten geltend gemacht, entfällt der Anspruch auf Annullierungskosten.

4.4 Unbenützte Reiseleistung

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

4.5 Deckungssummen

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

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

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

4.6 Leistungsausschluss

Leistungen sind ausgeschlossen,

- a) wenn der Leistungsträger (Reiseunternehmer, Vermieter, Veranstalter usw.) die vereinbarte Leistung absagt oder aus objektiven Gründen hätte absagen müssen (dies gilt insbesondere für Pauschalreisen),
- b) wenn das Ereignis bei Abschluss der Versicherung oder Buchung der Reiseleistung bereits eingetreten ist oder erkennbar war,
- c) wenn das Leiden, das Anlass zur Annullierung, zum Reiseabbruch oder zur Reiseverlängerung gab, eine Komplikation oder Folge einer bei Versicherungsbeginn oder bei der Buchung der Reiseleistung bereits geplanten medizinischen Behandlung oder Operation war,
- d) wenn eine Krankheit oder die Folgen eines Unfalls, einer Operation oder eines medizinischen Eingriffs im Zeitpunkt der Reisebuchung bereits bestanden haben und bis zum Reisedatum nicht abgeheilt sind,
- e) bei Annullierung, Reiseabbruch oder Reiseverlängerung ohne medizinische Indikation oder wenn das Arztzeugnis nicht zum Zeitpunkt der erstmöglichen Feststellung der Reiseunfähigkeit ausgestellt wurde oder durch eine telefonische Konsultation erwirkt wurde,

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

4.7 Chronisch Kranke

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

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

4.8 Forderungsabtretung

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

4.9 Haftung Versicherungsträger

Die ERV bietet nur insoweit Versicherungsschutz und ist nur insoweit bei Schadenforderungen oder sonstigen Begünstigungen haftbar, als diese keiner Sanktionsverletzung oder Beschränkung der UN-Resolutionen und keiner

Verletzung von Handels- oder Wirtschaftssanktionen der Schweiz, der Europäischen Union und den Vereinigten Staaten von Amerika entgegenstehen.

5. Verhaltenspflichten auf Reisen

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

6. Pflichten im Schadenfall

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

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

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

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

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

- die Buchungsbestätigung/Rechnung für die Reiseleistung sowie die Rechnungen für die Annullierungs- bzw. die Mehrkosten (Originale),
- ein detailliertes Arztzeugnis bzw. eine Bescheinigung des Todesfalles oder ein anderes offizielles Attest und
- die Kopie der Versicherungspolice.

7. Ansprüche gegenüber Dritten

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

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

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

8. Gerichtsstand

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

REISEGEPÄCK

1. Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

2. Zeitlicher Geltungsbereich

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

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

3. Versicherte Gegenstände

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

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

4. Nicht versicherte Gegenstände

Nicht versichert sind

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

5. Versicherte Ereignisse

Versichert sind

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

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

6. Versicherungsleistungen

6.1 Leistungsumfang

Die Versicherung entschädigt

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

6.2 Deckungssummen

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

6.3 Leistungsausschluss

Leistungen sind ausgeschlossen für Schäden

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

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

6.4 Forderungsabtretung

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

6.5 Haftung Versicherungsträger

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

7. Verhaltenspflichten auf Reisen

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

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

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

8. Pflichten im Schadenfall

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

Die versicherte Person hat

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

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

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

Beschädigte Gegenstände sind zur Verfügung der ERV zu halten.

9. Gerichtsstand

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

ÖKK PROTECT

Coop Rechtsschutz AG, Ausgabe 1.1.2022

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Versicherungsgrundlagen	51
1.1	Versicherungsträger	51
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	51
1.3	Örtlicher Geltungsbereich	51
1.4	Zeitlicher Geltungsbereich	51
1.5	Versicherte Personen	51
1.6	Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung	51
1.7	Auflösung des Kollektivvertrages	51
2.	Deckungsumfang	51
2.1	Vertragsgrundlagen	51
2.2	Versicherte Streitigkeiten	51
2.3	Subsidiarität	51
2.4	Nicht versicherte Streitigkeiten	51
3.	Versicherungsleistungen	51
4.	Rechtsschutzfall	52
4.1	Anmeldung eines Rechtsschutzfalles	52
4.2	Abwicklung eines Rechtsschutzfalles	52
4.3	Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten	52
5.	Gerichtsstand	52

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

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

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

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

1.3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

1.4 Zeitlicher Geltungsbereich

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

1.5 Versicherte Personen

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

Zusätzlich versichert sind

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

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

1.6 Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

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

Scheidet eine Person, welche die Bedingungen von ÖKK PROTECT erfüllt, aus der gemeinsamen Police aus, erfolgt eine Weiterversicherung in ÖKK PROTECT. Der versicherten Person steht jedoch nach erfolgter Mitteilung innert drei Monaten ein Rücktrittsrecht zu.

1.7 Auflösung des Kollektivvertrages

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

2. Deckungsumfang

2.1 Vertragsgrundlagen

Der Vertragsinhalt richtet sich nach den vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen ÖKK PROTECT, dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), dem Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über Versicherungsunternehmen (VAG) sowie der Verordnung über die Beaufsichtigung von privaten Versicherungsunternehmen (AVO).

2.2 Versicherte Streitigkeiten

Im Zusammenhang mit einer Gesundheitsschädigung sind folgende Streitigkeiten versichert:

- haftpflichtrechtliche Streitigkeiten (z.B. mit medizinischen Leistungserbringern, mit Motorfahrzeughaltern nach Verkehrsunfällen usw.), insbesondere:
 - die Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen aus Fehlbehandlungen,
 - die Aufklärungspflicht gegenüber der versicherten Person betreffend mögliche Auswirkungen von medizinischen Massnahmen,
 - Fehlinformationen und Informationsverweigerung, insbesondere betreffend
 - Einsichtnahme in Untersuchungsdokumente
 - Herausgabe von Röntgenbildern und
 - die Unterlassung von Untersuchungen.
- versicherungsrechtliche Streitigkeiten (z.B. mit der Haftpflicht-, Unfall-, Kranken-, Invalidenversicherung).

2.3 Subsidiarität

Es besteht nur Anspruch auf Rechtsschutz, wenn und soweit die Leistungen nicht von einem anderen Versicherer erbracht werden müssen. Von der Subsidiarität ausgenommen sind Streitigkeiten mit medizinischen Leistungserbringern und deren Haftpflichtversicherungen.

2.4 Nicht versicherte Streitigkeiten

Nicht versichert sind:

- Fälle, die nicht ausdrücklich aufgeführt sind
- Fälle, die vor dem Inkrafttreten der vorliegenden Versicherung eingetreten sind
- Streitigkeiten der versicherten Person mit der Coop Rechtsschutz AG bzw. ihren Organen und gegenüber Beauftragten
- Fälle im Zusammenhang mit
 - psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen
 - Honoraren und Rechnungen (ausgenommen solche über nicht erbrachte Leistungen)
 - Prämienrechnungen von ÖKK
 - der Abwehr von Schadenersatzansprüchen

3. Versicherungsleistungen

Der Versicherer gewährt folgende Leistungen:

- die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen durch den Rechtsdienst der Coop Rechtsschutz
- die Bezahlung bis maximal CHF 250'000 (bzw. CHF 50'000 in Fällen ausserhalb Europas und den Mittelmeerrandstaaten) pro Fall:
 - der Kosten von beauftragten Rechtsanwälten
 - der Kosten von beauftragten Experten
 - der zulasten der versicherten Person gehenden Verfahrens- und Gerichtskosten
 - der Inkassogebühren für die der versicherten Person zugesprochene Entschädigung
 - der an die Gegenpartei zu entrichtenden Prozessentschädigung

Nicht übernommen werden:

- Schadenersatz
- die Kosten, zu deren Übernahme ein haftpflichtiger Dritter verpflichtet ist

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

4. Rechtsschutzfall

4.1 Anmeldung eines Rechtsschutzfalles

Der Eintritt eines Rechtsschutzfalles ist dem Versicherer resp. ÖKK sofort, auf deren Verlangen schriftlich, zu melden. Die versicherte Person hat den Versicherer bei der Bearbeitung des Rechtsschutzfalles zu unterstützen, die notwendigen Vollmachten und Auskünfte zu erteilen sowie ihr zugehende Mitteilungen, insbesondere von Behörden, ohne Verzug weiterzuleiten. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflichten kann der Versicherer seine Leistungen soweit kürzen, als dadurch zusätzliche Kosten entstanden sind. Bei grober Verletzung können die Leistungen verweigert werden.

4.2 Abwicklung eines Rechtsschutzfalles

Der Versicherer ergreift nach Rücksprache mit der versicherten Person die zu ihrer Interessenwahrung gebotenen Massnahmen. Wenn sich der Beizug eines Rechtsanwaltes als notwendig erweist, insbesondere bei Gerichts- oder Verwaltungsverfahren oder bei Interessenkollision, kann die versicherte Person diesen frei wählen. Bestehen für einen Anwaltswechsel keine triftigen Gründe, hat die versicherte Person die dadurch entstehenden Kosten zu übernehmen.

4.3 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

Bei Meinungsverschiedenheiten über das weitere Vorgehen, insbesondere in Fällen, die der Versicherer als aussichtslos beurteilt, wird auf Verlangen der versicherten Person ein Schiedsgerichtsverfahren eingeleitet. Als Schiedsrichterin wird eine von beiden Parteien gemeinsam bestimmte Person eingesetzt. Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach den Bestimmungen über die Schiedsgerichtsbarkeit in der Schweizerischen Zivilprozessordnung (ZPO). Prozessiert eine versicherte Person auf eigene Kosten, so werden die vertraglichen Leistungen erbracht, wenn in der Hauptsache das Ergebnis günstiger ist als gemäss Beurteilung durch den Versicherer.

5. Gerichtsstand

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

ÖKK RISIKOKAPITAL BEI TOD ODER INVALIDITÄT DURCH UNFALL

SOLIDA Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2023

INHALTSVERZEICHNIS

1. Versicherungsgrundlagen	54	7. Umschulungskosten	57
1.1 Versicherungsträger	54	8. Entgelte	57
1.2 Gemeinsame Bestimmungen	53	9. Verhalten im Schadenfall	57
1.3 Örtlicher Geltungsbereich	54	10. Mitteilungen an den Versicherer	57
1.4 Zeitlicher Geltungsbereich	54	11. Erfüllungsort und Gerichtsstand	57
1.5 Versicherungsabschluss	54	12. Anwendbares Recht	57
1.6 Altersbestimmung	54		
1.7 Versicherte Personen	54		
1.8 Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung	54		
1.9 Versicherungsänderungen	54		
1.10 Auflösung des Kollektivversicherungsvertrages	54		
1.11 Vertragsanpassungen	54		
2. Deckungsumfang	54		
3. Versicherungssummen	54		
3.1 Höhe der Versicherungssummen	54		
3.2 Höchstversicherungssummen	54		
4. Todesfall-Kapitalversicherung	55		
4.1 Begünstigte Personen	55		
4.2 Doppelte Todesfallsumme	55		
4.3 Anrechnung des Invaliditätskapitals	55		
5. Invaliditäts-Kapitalversicherung	55		
5.1 Grundsatz	55		
5.2 Ganzinvalidität	55		
5.3 Teilinvalidität	55		
5.4 Schwere Entstellung	56		
5.5 Vorbestandene Körpermängel	56		
5.6 Entschädigung bei Invalidität	56		
6. Leistungsbeschränkungen	56		
6.1 Grundsatz	56		
6.2 Leistungsausschlüsse	56		
6.3 Leistungskürzungen	57		
6.4 Herbeiführung des Todes durch eine anspruchsberechtigte Person	57		

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

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

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

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

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

1.3 Örtlicher Geltungsbereich

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

1.4 Zeitlicher Geltungsbereich

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

1.5 Versicherungsabschluss

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

1.6 Altersbestimmung

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

1.7 Versicherte Personen

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

1.8 Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

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

1.9 Versicherungsänderungen

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

1.10 Auflösung des Kollektivversicherungsvertrages

Der Versicherungsschutz endet mit der Auflösung des Kollektivversicherungsvertrages zwischen dem Versicherer und ÖKK Versicherungen AG. Die Auflösung muss der versicherten Person spätestens einen Monat vor Beendigung des Versicherungsschutzes schriftlich mitgeteilt werden.

1.11 Vertragsanpassungen

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

2. Deckungsumfang

Die Versicherung deckt alle Berufs- und Nichtberufsunfälle, einschliesslich Berufskrankheiten, soweit sie zur Zeit ihres Eintrittes aufgrund des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG Art. 6–9) entschädigungspflichtig sind.

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

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

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

Als Unfälle gelten auch:

- Gesundheitsschädigungen durch unfreiwilliges Einatmen von Gasen und Dämpfen und durch versehentliches Einnehmen von giftigen und ätzenden Stoffen,
- Ertrinken und
- die folgenden Gesundheitsschädigungen, sofern die versicherte Person sie unfreiwillig erleidet und sie durch ein versichertes Unfallereignis hervorgerufen worden sind: Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen, ausgenommen Sonnenbrand.

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

3. Versicherungssummen

3.1 Höhe der Versicherungssummen

Es gelten die in der Versicherungsbestätigung aufgeführten Versicherungssummen.

3.2 Höchstversicherungssummen

3.2.1 Höchstversicherungssummen für Kinder

Die Höchstversicherungssumme bei Tod beträgt für Kinder bis 15 Jahre CHF 20'000.

Das gesetzliche Todesfallkapital aus dieser und anderen Versicherungen beträgt bei Kindern, die noch nicht zweieinhalb Jahre alt sind, höchstens CHF 2'500 und bei Kindern, die noch nicht zwölf Jahre alt sind, höchstens CHF 20'000.

3.2.2 Höchstversicherungssummen im Alter

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

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

Die Progression der Invaliditätsversicherung entfällt.

4. Todesfall-Kapitalversicherung

4.1 Begünstigte Personen

Hat der Unfall sofort oder binnen fünf Jahren vom Unfalltag an gerechnet den Tod der versicherten Person zur Folge, leistet der Versicherer, falls zum Unfallzeitpunkt eine Unfalldeckung bestand, die bei Tod versicherte Summe

- an den überlebenden Ehegatten bzw. den eingetragenen Partner,
- bei dessen Fehlen an die Kinder, Adoptiv- und Stiefkinder zu gleichen Teilen,
- bei deren Fehlen an die Eltern zu gleichen Teilen,
- bei deren Fehlen an die Geschwister zu gleichen Teilen.

Ehegatten und Kinder aus einer nach dem Unfall geschlossenen Ehe haben keinen Anspruch auf Leistung.

Die versicherte Person kann durch schriftliche Mitteilung an ÖKK in Abänderung der vorstehenden Regelung Begünstigte bezeichnen oder ausschliessen. Eine solche Erklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen oder abändert werden.

Sind keine der oben genannten Anspruchsberechtigten vorhanden, vergütet der Versicherer die Kosten der Bestattung, höchstens jedoch 10% der Versicherungssumme, bis maximal CHF 10'000.

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

4.2 Doppelte Todesfallsumme

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

4.3 Anrechnung des Invaliditätskapitals

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

5. Invaliditäts-Kapitalversicherung

5.1 Grundsatz

Hat der Unfall eine voraussichtlich bleibende medizinisch-theoretische Invalidität einer versicherten Person zur Folge, zahlt der Versicherer, falls zum Unfallzeitpunkt eine Unfalldeckung bestand, die für den Invaliditätsfall vereinbarte Versicherungssumme:

- bei Ganzinvalidität die volle Versicherungssumme,
- bei Teilinvalidität einen dem Grad der Invalidität entsprechenden Teil der Versicherungssumme.

Die endgültige Bestimmung des Invaliditätsgrades erfolgt erst aufgrund des voraussichtlich als bleibend erkannten Zustandes der versicherten Person. Der Versicherer darf jedoch fünf Jahre nach dem Unfall oder später den Invaliditätsgrad abschliessend feststellen lassen. Dabei wird der aktuelle Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Bestimmung ermittelt. Danach eintretende Änderungen des Invaliditätsgrades, d. h. auch Rückfälle und Spätfolgen, sind nicht mehr versichert. Eine durch das Ereignis eingetretene Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit wird bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades nicht berücksichtigt.

Auf das Invaliditätskapital hat ausschliesslich die versicherte Person Anspruch.

5.2 Ganzinvalidität

Als Ganzinvalidität gilt

- der Verlust oder die Gebrauchsunfähigkeit beider Arme oder Hände,
- der Verlust oder die Gebrauchsunfähigkeit beider Beine oder Füsse oder der gleichzeitige Verlust eines Armes oder einer Hand und eines Beines oder Fusses,
- gänzliche Lähmung und/oder
- völlige Erblindung.

5.3 Teilinvalidität

Bei Teilinvalidität wird derjenige Teil der für Ganzinvalidität vorgesehenen Versicherungssumme geleistet, der dem Invaliditätsgrad entspricht. Die Bestimmung des Invaliditätsgrades erfolgt entsprechend nachfolgender Skala:

Verlust oder vollständige Gebrauchsunfähigkeit

– Oberarm	70%
– Unterarm	65%
– Hand	60%
– Daumen mit Mittelhandglied	25%
– Daumen, Mittelhandglied erhalten	22%
– vorderstes Glied des Daumens	10%
– Zeigefinger	15%
– Mittelfinger	10%
– Ringfinger	9%
– Kleinfinger	7%
– Bein am Oberschenkel	60%
– Bein am Unterschenkel	50%
– Fuss	45%
– Grosszehe	8%
– Zehe	3%
– Sehkraft eines Auges	30%
– Sehkraft des zweiten Auges für Einäugige	50%
– Gehör beider Ohren	60%
– Gehör eines Ohres	15%
– Gehör eines Ohres, wenn dasjenige des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig verloren war	30%
– Geruchssinn	10%
– Geschmackssinn	10%
– Niere	20%
– Milz	5%
– sehr schmerzhaft starke Funktionseinschränkung der Wirbelsäule	50%

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

Ist die Bestimmung des Invaliditätsgrades anhand der Skala nicht möglich, erfolgt sie analog den Richtlinien zur Bemessung des Integritätsschadens gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV).

Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile infolge desselben Unfalls wird der Invaliditätsgrad in der Regel durch Addition der Prozentsätze bestimmt. Der Invaliditätsgrad kann jedoch nicht mehr als 100% betragen. Bei Verlust sämtlicher Finger einer Hand wird höchstens das für den Verlust der entsprechenden Hand in Betracht kommende Invaliditätskapital geleistet.

5.4 Schwere Entstellung

Für eine durch Unfall entstandene dauernde schwere Entstellung des menschlichen Körpers (ästhetische Schäden wie z. B. Narben), für die kein Invaliditätskapital geschuldet ist, die aber dennoch eine Erschwerung der gesellschaftlichen Stellung der versicherten Person zur Folge hat, leistet der Versicherer von der für Invalidität vereinbarten Versicherungssumme höchstens:

- 10% bei Verunstaltung des Gesichts,
- 5% bei Verunstaltung anderer, normalerweise sichtbarer Körperteile.

Die Leistung für ästhetische Schäden ist zudem auf CHF 20'000 begrenzt.

Die Progression entfällt.

5.5 Vorbestandene Körpermängel

Haben vorbestandene Körpermängel mit Ausnahme des Verlusts des zweiten Auges oder des Gehörs am zweiten Ohr die Unfallfolgen erschwert, führt dies nicht zu einer höheren Leistung. Waren Körperteile schon vor dem Unfall ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, wird bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades der schon vorhandene, nach den vorstehenden Grundsätzen bestimmte Invaliditätsgrad abgezogen.

Haben vorbestandene Krankheiten oder Gebrechen, die nicht erst durch den Unfall hervorgerufen worden sind, die Unfallfolgen wesentlich verschlimmert, werden die Versicherungsleistungen verhältnismässig gekürzt und zwar bereits bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades und nicht erst bei der Bestimmung des Invaliditätskapitals.

5.6 Entschädigung bei Invalidität

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

Invaliditätsgrad (%)	Entschädigung (%) Versich.-Summe	Invaliditätsgrad (%)	Entschädigung (%) Versich.-Summe
1	1	23	23
2	2	24	24
3	3	25	25
4	4	26	28
5	5	27	31
6	6	28	34
7	7	29	37
8	8	30	40
9	9	31	43
10	10	32	46
11	11	33	49
12	12	34	52
13	13	35	55
14	14	36	58
15	15	37	61
16	16	38	64
17	17	39	67
18	18	40	70
19	19	41	73
20	20	42	76
21	21	43	79
22	22	44	82

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

6. Leistungsbeschränkungen

6.1 Grundsatz

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

6.2 Leistungsausschlüsse

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- a) infolge von Krieg, Bürgerkrieg oder kriegsähnlichen Zuständen
 - in der Schweiz, im Fürstentum Liechtenstein oder angrenzenden Staaten,
 - im übrigen Ausland, es sei denn, der Unfall ereignet sich innert einer Frist von 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in dem sich die versicherte Person aufhält, sofern sie dort vom Ausbruch von kriegerischen Ereignissen überrascht worden ist,
- b) infolge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein,
- c) infolge aussergewöhnlicher Gefahren. Als solche gelten:
 - ausländischer Militärdienst,
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten,
 - Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, die versicherte Person ist als Unbeteiligte oder bei der Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden,
 - Gefahren, denen sich die versicherte Person dadurch aussetzt, dass sie andere stark provoziert,
 - die Folgen von Unruhen aller Art, es sei denn, die versicherte Person beweist, dass sie nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war,
- d) infolge oder bei Gelegenheit vorsätzlicher oder in Kauf genommener Begehung von Verbrechen oder Vergehen durch den Versicherten, des Versuchs oder der Teilnahme,

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

6.3 Leistungskürzungen

6.3.1 Grobfahrlässigkeit

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

6.3.2 Unfallfremde Faktoren

Beeinflussen unfallfremde Faktoren den Verlauf eines versicherten Unfalls, leistet der Versicherer lediglich einen aufgrund einer ärztlichen Beurteilung festzulegenden Teil der vereinbarten Leistungen. Dabei werden die unfallfremden Faktoren bereits bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades in Abzug gebracht und nicht erst bei der Bestimmung des Invaliditätskapitals.

6.3.3 Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall

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

6.3.4 Weitere Leistungskürzungen

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

6.4 Herbeiführung des Todes durch eine anspruchsberechtigte Person

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

Hat eine begünstigte Person den Tod der versicherten Person grobfahrlässig herbeigeführt, werden die ihr zukommenden Leistungen gekürzt; in besonders schweren Fällen können sie verweigert werden.

7. Umschulungskosten

Sofern eine Berufsumschulung durch einen Unfall, für den der Versicherer Leistungen erbracht hat, notwendig wird, übernimmt der Versicherer die hierfür angemessenen Kosten, höchstens 10% der versicherten Invaliditätssumme.

8. Entgelte

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

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

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

9. Verhalten im Schadenfall

Ein Unfall, der voraussichtlich die Leistungspflicht des Versicherers auslöst, ist ÖKK ohne Verzug zu melden.

Ein Todesfall ist umgehend, spätestens innert zehn Tagen, zu melden.

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

Die versicherte Person ist bei Verlust jeden Anspruchs im Unterlassungsfall verpflichtet, dem Versicherer innert 30 Tagen ab entsprechender schriftlicher Aufforderung jede verlangte Auskunft über den früheren und gegenwärtigen Gesundheitszustand sowie über den Verlauf von Unfall und Heilung zu geben. Die versicherte Person und die anspruchsberechtigten Personen haben ihre Ansprüche auf ihre Kosten durch ärztliche Zeugnisse zu begründen. Diese können auch vom Versicherer eingeholt werden.

Die versicherte Person ist gehalten, alle Ärzte, bei denen sie infolge Unfalls oder Krankheit in Behandlung stand, zur Erteilung jeder vom Versicherer verlangten Auskunft von der Schweigepflicht zu entbinden.

Kommen die versicherte Person oder die anspruchsberechtigten Personen schuldhafterweise einer dieser Obliegenheiten nicht nach, kann der Versicherer die Leistungen um den Betrag kürzen, um den sie sich bei rechtzeitiger und ordnungsmässiger Anzeige gemindert hätten, es sei denn, die versicherte Person oder die anspruchsberechtigten Personen beweisen, dass das vertragswidrige Verhalten auf die Unfallfolgen und ihre Feststellung keinen Einfluss hatte.

10. Mitteilungen an den Versicherer

Alle Mitteilungen und Anzeigen sind an ÖKK zu richten. Der Versicherer anerkennt diese Mitteilungen und Anzeigen als an ihn selbst erfolgt. Alle Mitteilungen seitens des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die von der versicherten oder anspruchsberechtigten Person zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

11. Erfüllungsort und Gerichtsstand

Der Versicherer anerkennt ausser dem Gerichtsstand Zürich für Streitigkeiten aus diesem Vertrag den Gerichtsstand des schweizerischen Wohnortes der versicherten oder anspruchsberechtigten Person. Der Versicherer erfüllt seine Verbindlichkeiten am Domizil der versicherten oder anspruchsberechtigten Person.

12. Anwendbares Recht

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

ÖKK RISIKOKAPITAL BEI TOD ODER INVALIDITÄT DURCH KRANKHEIT

Squarelife Insurance AG, Ausgabe 1.1.2023

INHALTSVERZEICHNIS

1. Versicherungsgrundlagen	59	6. Entgelt	63
1.1 Grundlagen	59	7. Besondere Bestimmungen	63
1.2 Zweck und Inhalt der Versicherung	59	7.1 Militärdienst	63
1.3 Gemeinsame Bestimmungen	59	7.2 Erfüllungsort	63
1.4 Vertragsparteien und Versicherungsverhältnis	59	7.3 Gerichtsstand und anwendbares Recht	63
1.5 Versicherte Personen	59		
1.6 Versicherungsjahr	59		
1.7 Altersbestimmung	59		
1.8 Aufnahme in die Versicherung	59		
2. Aufnahmegesuch	59		
2.1 Beginn des Versicherungsschutzes	59		
2.2 Aufnahmegesuch	59		
2.3 Kein Versicherungsschutz	59		
2.4 Wegfall des Versicherungsschutzes	59		
2.5 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	59		
3. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung	59		
3.1 Beginn und Dauer der Versicherung	59		
3.2 Änderung der Versicherung	59		
3.3 Sistierung der Versicherung	59		
3.4 Beendigung der Versicherung	59		
4. Leistungen	60		
4.1 Leistungsüberblick	60		
4.2 Begriffsdefinitionen	60		
4.3 Versicherungssummen	60		
4.4 Invaliditätskapital	60		
4.5 Todesfallkapital	61		
4.6 Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen	62		
4.7 Reduzierter Anspruch auf Versicherungsleistungen	62		
5. Pflichten der versicherten Person	63		
5.1 Anzeigepflicht und Gesundheitsprüfung	63		
5.2 Verhalten im Schadenfall	63		
5.3 Mitwirkungspflichten bei Krankheit	63		
5.4 Mitteilungen und Anzeigen	63		

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Grundlagen

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

1.2 Zweck und Inhalt der Versicherung

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

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

1.3 Gemeinsame Bestimmungen

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

1.4 Vertragsparteien und Versicherungsverhältnis

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

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

1.5 Versicherte Personen

Versicherbar sind Einzelpersonen mit Wohnsitz in der Schweiz.

1.6 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr beginnt am 1. Januar und endet am 31. Dezember.

1.7 Altersbestimmung

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

1.8 Aufnahme in die Versicherung

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

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

2. Aufnahmegesuch

2.1 Beginn des Versicherungsschutzes

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

2.2 Aufnahmegesuch

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

2.3 Kein Versicherungsschutz

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Versicherungsfall auf eine Krankheit, ein Gebrechen oder auf Unfallfolgen zurückzuführen ist, die schon vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden haben.

Kein Versicherungsschutz besteht zudem für Kleinkinder in den ersten 90 Lebenstagen, sowie für Versicherungsfälle, welche auf eine Krankheit, ein Gebrechen oder auf Unfallfolgen innerhalb dieser ersten 90 Lebenstage zurückzuführen sind.

2.4 Wegfall des Versicherungsschutzes

Leistet die versicherte Person militärische Einsätze in Krisengebieten zur Durchsetzung friedenserhaltender Massnahmen (UNO-Blauhelme, OSZE-Gelbmützen etc.), entfällt der Versicherungsschutz.

2.5 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

3. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

3.1 Beginn und Dauer der Versicherung

Die Versicherung beginnt frühestens ab Geburt und spätestens am Tag der Vollendung des 60. Altersjahres der versicherten Person (Abschlussalter).

Das Versicherungsverhältnis dauert längstens bis zum Tag der Vollendung des 65. Altersjahres der versicherten Person (Schlussalter).

Der Versicherungsabschluss ist vor dem Erreichen des Abschlussalters der versicherten Person jederzeit, auch während des Kalenderjahres, möglich. Die Versicherung kann mit Beginn auf jeden Monatsersten beantragt werden.

3.2 Änderung der Versicherung

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

3.3 Sistierung der Versicherung

Eine Sistierung der Versicherung ist nicht möglich.

3.4 Beendigung der Versicherung

Die Versicherung endet

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

Die Versicherung endet vorzeitig

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

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

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

4. Leistungen

4.1 Leistungsüberblick

ÖKK erbringt den anspruchsberechtigten Personen im Rahmen des Versicherungsschutzes folgende Leistungen im Todesfall und bei Invalidität infolge Krankheit:

- im Todesfall: Todesfallkapital
- bei voraussichtlich dauernder Erwerbsunfähigkeit (Invalidität): Invaliditätskapital

4.2 Begriffsdefinitionen

4.2.1 Invalidität

Invalidität ist die voraussichtlich bis ans Lebensende andauernde Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit. Sie wird vom Versicherer anerkannt,

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

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

4.2.2 Krankheit

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

4.2.3 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten.

4.2.4 Erwerbsunfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

Die versicherte Person gilt als erwerbsunfähig, wenn sie infolge medizinisch objektiv nachgewiesener Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben, und sie dadurch gleichzeitig einen Erwerbsausfall erleidet.

Eine Erwerbsunfähigkeit wird als dauernd anerkannt, wenn die versicherte Person den Nachweis erbracht hat, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung der Erwerbsfähigkeit nicht erwartet werden kann, und dass die Erwerbsunfähigkeit voraussichtlich lebenslanglich sein wird.

4.2.5 Zumutbarkeit

Zumutbar ist eine Tätigkeit, wenn sie den Fähigkeiten und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person entspricht, auch wenn die hierfür

benötigten Kenntnisse erst durch eine Umschulung erworben werden müssen.

4.3 Versicherungssummen

4.3.1 Höhe der Versicherungssummen

Massgebend sind die in der Versicherungsbestätigung aufgeführten Versicherungssummen.

4.3.2 Mindestversicherungssummen

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

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

4.3.3 Höchstversicherungssummen

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

Tod

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

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

** Bis Schlussalter gemäss Ziffern 3.1 und 3.4

Invalidität

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

** Bis Schlussalter gemäss Ziffern 3.1 und 3.4

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

4.3.4 Überholende Kausalität

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

4.4 Invaliditätskapital

4.4.1 Anspruch auf das Invaliditätskapital

Der Anspruch der versicherten Person auf das vereinbarte Invaliditätskapital entsteht, wenn die versicherte Person vor Erreichen des Schlussalters voraussichtlich dauernd erwerbsunfähig wird.

4.4.2 Zeitpunkt des Anspruchs auf das Invaliditätskapital

Der Versicherer erbringt das Invaliditätskapital frühestens nach einer Wartezeit von 24 Monaten. Die Wartezeit beginnt an dem Tag, an welchem die versicherte Person erstmals einen Arzt hinsichtlich der die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Krankheit konsultiert hat und dieser eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % attestiert hat.

Bei einem Rückfall bzw. bei einer erneuten Arbeitsunfähigkeit aufgrund des früheren Leidens innerhalb von 12 Monaten nach Ende einer bereits gemeldeten Arbeitsunfähigkeit wird keine neue Wartezeit angerechnet.

Werden Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung früher erbracht oder steht die dauernde Erwerbsunfähigkeit vor Ablauf der Wartefrist definitiv fest sowie wenn eine mit absoluter Sicherheit zu einer Invalidität führenden Diagnose gemäss der Ziff. 4.4.3 feststeht, kann das versicherte Invaliditätskapital ganz oder teilweise vorher erbracht werden.

Der Versicherer entscheidet hierüber im Einzelfall.

4.4.3 Mit absoluter Sicherheit zu einer Invalidität führende Diagnosen

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

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

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

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

4.4.4 Bemessungsgrundlagen der Invaliditätskapitalleistung

Massgebend für die Bemessung der Kapitalleistung sind das versicherte Invaliditätskapital, das entsprechende Alter zu Beginn der Wartefrist, welche die Arbeitsunfähigkeit in medizinischer Hinsicht erstmals belegt, sowie der durch den Versicherer festgesetzte Erwerbsunfähigkeitsgrad der versicherten Person.

4.4.5 Abstufung der Invaliditätskapitalleistung

Die Invaliditätskapitalleistung wird in Abhängigkeit vom Grad der Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person abgestuft und bestimmt.

- Bei einer Erwerbsunfähigkeit von 70 % bis 100 % besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Ausrichtung des gesamten Invaliditätskapitals.
- Bei einer Erwerbsunfähigkeit von 40 % bis unter 70 % besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Ausrichtung des Invaliditätskapitals im Verhältnis zum festgesetzten Invaliditätsgrad.
- Bei einer Erwerbsunfähigkeit unter 40 % besteht kein Anspruch auf Ausrichtung eines Invaliditätskapitals.

4.4.6 Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades

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

4.4.7 Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei erwerbstätigen Erwachsenen

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

Bei erwerbstätigen Personen mit regelmässigem Einkommen gilt das AHV-pflichtige Einkommen im Monat vor Beginn der Wartefrist als Grundlage für die Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades. Zur Ermittlung des Erwerbsausfalles bei erwerbstätigen Personen mit schwankendem oder unregelmässigem Einkommen wird der Durchschnitt des AHV-pflichtigen Einkommens der letzten zwei Kalenderjahre vor Beginn der Wartefrist herangezogen.

Bei selbstständig erwerbenden Personen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit entweder aufgrund des Durchschnitts des AHV-pflichtigen Einkommens der letzten zwei Kalenderjahre vor Beginn der Wartefrist oder aufgrund des von der versicherten Person erlittenen tatsächlichen Erwerbsausfalles der letzten beiden Geschäftsjahre ermittelt. Hierzu wird das vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erzielte Einkommen aus Erwerbstätigkeit mit demjenigen verglichen, das die versicherte Person nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit noch erzielt oder bei ausgeglichenem Arbeitsmarkt noch erzielen könnte; die Differenz, ausgedrückt in Prozent des bisherigen Einkommens, ergibt den Grad der Erwerbsunfähigkeit.

4.4.8 Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei nicht- oder teilerwerbstätigen Erwachsenen

Bei nichterwerbstätigen und bei erwerbstätigen Personen, die ihre Erwerbstätigkeit aus nicht gesundheitlichen Gründen vollständig oder teilweise aufgeben, wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit mit Hilfe eines Tätigkeitsvergleichs ermittelt. Zu diesem Zweck werden die Tätigkeiten und Aufgaben der versicherten Person vor und nach Eintritt der Krankheit bemessen, gewichtet und verglichen. Die vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit ausgeführten Tätigkeiten und Aufgaben werden mit denjenigen, welche nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit noch ausgeführt werden können, in Bezug gesetzt. Die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Tätigkeits- und Aufgabenbereich zu betätigen, wird der Erwerbsunfähigkeit gleichgestellt. Die Differenz, ausgedrückt in Prozent der bisherigen Tätigkeiten, ergibt den Grad der Erwerbsunfähigkeit. Grundsätzlich wird der von der Invalidenversicherung (IV) rechtskräftig festgestellte Invaliditätsgrad anerkannt.

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

4.4.9 Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei Kleinkindern und Kindern

Die Erwerbsunfähigkeit von Kleinkindern und Kindern wird daran bemessen, in welchem Grad die versicherte Person ausserstande sein wird, eine Erwerbstätigkeit auszuüben. Bei Kindern, welche noch keine Berufsausbildung aufgenommen haben, wird die Erwerbsunfähigkeit daran gemessen, ob und in welchem Umfang es der versicherten Person möglich sein wird, später eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Der Grad der Erwerbsunfähigkeit entspricht der voraussichtlichen Einkommensreduktion aufgrund der reduzierten Erwerbsfähigkeit im Verhältnis zum Einkommen, das sich nach dem jährlich aktualisierten Medianwert gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik richtet.

Bei Kindern, welche sich in einer Berufsausbildung befinden, gilt als Bemessungsgrundlage das Einkommen, welches bei Abschluss der begonnenen Berufsausbildung auf dem in Betracht kommenden Arbeitsmarkt zu erzielen gewesen wäre. Der Grad der Erwerbsunfähigkeit entspricht der voraussichtlichen Einkommensreduktion aufgrund der reduzierten Erwerbsfähigkeit im Verhältnis zum Einkommen, das sich nach dem jährlich aktualisierten Medianwert gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik richtet und dem Beruf entspricht, für den die Ausbildung begonnen wurde.

4.5 Todesfallkapital

4.5.1 Anspruch auf das Todesfallkapital

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

Der Versicherer verzichtet darauf, die Todesfallkapitalleistung zu kürzen, wenn der Tod durch die versicherte Person grobfahrlässig herbeigeführt wurde.

4.5.2 Bemessungsgrundlagen der Todesfallkapitalleistung

Massgebend für die Bemessung der Kapitalleistung sind das versicherte Todesfallkapital sowie das Alter der versicherten Person im Zeitpunkt des Todes.

4.5.3 Tödliche Krankheit

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

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

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

4.5.4 Begünstigung

Soweit für die Auszahlung des Todesfallkapitals nichts anderes bestimmt ist, gelten nacheinander die folgenden Personen als begünstigt:

- im Fall von Ziff. 4.5.3 die versicherte Person,
- bei deren Ableben der Ehegatte oder der eingetragene Partner der versicherten Person,
- bei dessen Fehlen die Kinder der versicherten Person,
- bei deren Fehlen die Eltern der versicherten Person,
- bei deren Fehlen die übrigen Erben der versicherten Person unter Ausschluss des Gemeinwesens.

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

4.6 Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen

4.6.1 Bei Unfall

Kein Anspruch auf Leistungen im Todesfall und bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit besteht, wenn das versicherte Ereignis durch einen Unfall gemäss den GB, die laut Versicherungsbestätigung anwendbar sind, verursacht worden ist. Berufskrankheiten im Sinne des UVG begründen ebenfalls keinen Anspruch auf Leistungen im Todesfall und bei Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit.

4.6.2 Bei unfallähnlichen Körperschädigungen

Kein Anspruch auf Leistungen bei Tod und Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit besteht bei unfallähnlichen Körperschädigungen.

Als unfallähnliche Körperschädigungen und nicht als Krankheiten gelten:

- Gesundheitsschädigungen und deren Folgen durch unfreiwilliges Einatmen von Gasen und Dämpfen oder durch unabsichtliches Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen.
- die in den GB, die laut Versicherungsbestätigung anwendbar sind, aufgeführten, Unfällen gleichgestellten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf eine Erkrankung oder Abnutzung zurückzuführen sind.
- Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen und deren Folgen, ausgenommen Sonnenbrand und unfreiwilliges Ertrinken.

4.6.3 Bei absichtlicher Herbeiführung der Erwerbsunfähigkeit

Kein Anspruch auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit besteht, wenn die versicherte Person ihre Erwerbsunfähigkeit bzw. Krankheit absichtlich herbeigeführt hat (u. a. Selbstverletzung, versuchte Selbsttötung). Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung, welche zu ihrer Erwerbsunfähigkeit führte, in urteilsunfähigem Zustand vorgenommen hat.

Der Versicherer verzichtet darauf, die Invaliditätskapitalleistung zu kürzen, wenn die Erwerbsunfähigkeit durch die versicherte Person grobfahrlässig herbeigeführt wurde.

4.6.4 Bei vorgeburtlichen Körperschädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen

Kein Anspruch auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit und Tod besteht, wenn die Erwerbsunfähigkeit bzw. der Tod der versicherten Person auf vorgeburtlichen Körperschädigungen, Geburtsgebrechen oder deren Folgen beruht.

4.6.5 Bei Selbsttötung und bei Tod infolge eines Selbsttötungsversuchs

Kein Anspruch auf Leistung bei Tod besteht, wenn die versicherte Person infolge Selbsttötung oder an den Folgen eines Selbsttötungsversuches innerhalb von drei Jahren nach dem Aufnahmegesuch stirbt. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person die Handlung, welche zum Tode führte, in urteilsunfähigem Zustand oder in verminderter Urteilsfähigkeit vorgenommen hat.

4.6.6 Bei ionisierenden Strahlen und Schäden aus Atomenergie

Kein Anspruch auf Leistungen bei Tod und Erwerbsunfähigkeit besteht, wenn die versicherte Person der Einwirkung ionisierender Strahlen aus Atomenergie ausgesetzt war und dadurch erkrankt ist.

4.6.7 Weitere Leistungsausschlüsse

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

4.7 Reduzierter Anspruch auf Versicherungsleistungen

4.7.1 Zusammentreffen verschiedener Ursachen

Treffen verschiedene Ursachen zusammen, werden jene Teilansprüche anerkannt, die nicht Gegenstand der Unfall- oder Militärversicherung sind.

4.7.2 Zusammentreffen der Invaliditäts- und Todesfallkapitalleistung

Im Todesfall wird das bereits zu Lebzeiten ausgerichtete Invaliditätskapital an die versicherte Person vom Todesfallkapital in Abzug gebracht.

4.7.3 Weitere Leistungsbeschränkungen

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

4.7.4 Prüfung des Versicherungsanspruches

Die zur Anspruchsprüfung einzureichenden Unterlagen umfassen grundsätzlich bei Tod:

- Familienregisterauszug / Ärztliches Todesfallzeugnis / Amtliche Todesfallbescheinigung

bei Erwerbsunfähigkeit:

- ärztliches Zeugnis / Krankheitsunterlagen / IV-Verfügung / IV-Akten / AHV-Auszug / Lohnausweise, Lohnabrechnungen und Bilanzen

Der Versicherer ist berechtigt, weitere Auskünfte und Nachweise zu verlangen oder selbst einzuholen sowie die versicherte Person jederzeit durch einen Vertrauensarzt untersuchen zu lassen. Der Arzt der versicherten Person ist gegenüber ÖKK und dem Versicherer vom Arztgeheimnis entbunden.

4.7.5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

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

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

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

5. Pflichten der versicherten Person

5.1 Anzeigepflicht und Gesundheitsprüfung

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

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

5.2 Verhalten im Schadenfall

Eine Krankheit, die voraussichtlich eine Leistungspflicht auslöst, ist ohne Verzug zu melden.

Ein Todesfall ist umgehend, spätestens innert 10 Tagen, zu melden.

Zudem sind die zur Prüfung und Beurteilung des Versicherungsanspruchs notwendigen Unterlagen umgehend einzureichen.

5.3 Mitwirkungspflichten bei Krankheit

Die versicherte Person ist im Rahmen ihrer Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht gehalten, dem Versicherer die Ermächtigung zu erteilen, bei Spitälern, Ärzten, Stellen, Versicherungsgesellschaften sowie bei Sozialversicherungsinstitutionen und bei Dritten Auskünfte und Akten einzuverlangen sowie diese Institutionen von der Schweigepflicht zu entbinden.

Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer umgehend jede verlangte Auskunft über den früheren und gegenwärtigen Gesundheitszustand sowie über den Verlauf der Krankheit zu geben.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, die versicherte Person durch von ihm bezeichnete Ärzte untersuchen zu lassen. Die versicherte Person hat sich den Untersuchungen und Anordnungen der vom Versicherer auf seine Kosten beauftragten Ärzte zu unterziehen.

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

5.4 Mitteilungen und Anzeigen

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

6. Entgelt

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

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

7. Besondere Bestimmungen

7.1 Militärdienst

Aktiver Dienst zur Wahrung der schweizerischen Neutralität sowie zur Aufrechterhaltung von Ruhe und Ordnung im Innern, beides ohne kriegerische Handlungen, gilt als Militärdienst in Friedenszeiten und ist als solcher in der vorliegenden Versicherung eingeschlossen. Für den Fall, dass die Schweiz Krieg führt oder in kriegsähnliche Handlungen hineingezogen wird, gelten die entsprechenden vom Bundesrat erlassenen Vorschriften.

7.2 Erfüllungsort

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

7.3 Gerichtsstand und anwendbares Recht

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

ÖKK COMPENSA

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2022

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Versicherungsgrundlagen	65	9.	Prämien und Zahlungen	68
1.1	Versicherungsträger	65	9.1	Prämienhöhe	68
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	65	9.2	Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)	68
1.3	Zweck	65	9.3	Leistungsausrichtung	68
2.	Örtliche Geltung	65	10.	Leistungen Dritter	68
2.1	Allgemeines	65	10.1	Angestellte und Nicht-Erwerbstätige	68
2.2	Arbeitsunfähigkeit im Ausland	65	10.2	Selbstständig Erwerbende	68
2.3	Auslandaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit	65			
3.	Versicherungsabschluss	65			
3.1	Aufnahmebedingungen	65			
3.2	Ärztliches Zeugnis	65			
3.3	Übertritt aus der Kollektivversicherung	65			
3.4	AHV-Rentenalter	65			
4.	Kündigung	65			
4.1	Ausserordentliche Kündigung	65			
4.2	Übrige Beendigungsgründe	65			
5.	Versicherungsmöglichkeiten	65			
6.	Versicherungsumfang	65			
6.1	Höhe des versicherten Taggeldes	65			
6.2	Bemessungsgrundlage der Taggelder	65			
6.3	Maximaldeckung	66			
6.4	Unfalldeckung	66			
6.5	Geburt	66			
6.6	Leistungsbeginn und Wartefristen	66			
6.7	Anpassung der Versicherung	66			
7.	Versicherungsleistungen	66			
7.1	Leistungsvoraussetzung	66			
7.2	Leistungsumfang	66			
7.3	Leistungsdauer	67			
7.4	Leistungsbeschränkungen	67			
8.	Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall	67			
8.1	Meldepflicht	67			
8.2	Auskunftspflicht	67			

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

1.3 Zweck

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

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

ÖKK COMPENSA wird auch Nicht-Erwerbstätigen angeboten.

2. Örtliche Geltung

2.1 Allgemeines

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

2.2 Arbeitsunfähigkeit im Ausland

Bei privaten Ferienreisen ins Ausland werden die versicherten 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 ÖKK COMPENSA aufgenommen werden, sofern sie

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

3.2 Ärztliches Zeugnis

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

3.3 Übertritt aus der Kollektivversicherung

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

Grenzgänger können von der Kollektivtaggeldversicherung in diese Einzelversicherung übertreten, wenn sie unmittelbar nach Ausscheiden aus der

Kollektivtaggeldversicherung in der Schweiz weiter arbeiten und in keine andere Kollektivtaggeldversicherung übertreten können oder als arbeitslose Personen im Sinne des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung (AVIG) gelten und Taggelder aus der Arbeitslosenversicherung beanspruchen können.

3.4 AHV-Rententalter

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

4. Kündigung

4.1 Ausserordentliche Kündigung

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

4.2 Übrige Beendigungsgründe

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

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

Der Versicherer kann innert vier Wochen vom Vertrag zurücktreten

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

5. Versicherungsmöglichkeiten

Folgende Versicherungsvarianten können gewählt werden:

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

Diese Versicherungsvarianten können mit unterschiedlicher Leistungsdauer abgeschlossen werden.

6. Versicherungsumfang

6.1 Höhe des versicherten Taggeldes

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

6.2 Bemessungsgrundlage der Taggelder

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

6.3 Maximaldeckung

6.3.1 Versicherbares Taggeld

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

6.3.2 Selbstständig Erwerbende

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

6.3.3 Angestellte

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

6.3.4 Nicht-Erwerbstätige

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

6.3.5 Arbeitslose Personen

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

6.4 Unfalldeckung

Die Unfalldeckung kann miteingeschlossen bzw. allein versichert werden.

6.5 Geburt

Im Krankentaggeld ist die Deckung des Erwerbsausfalls infolge Geburt miteingeschlossen.

6.6 Leistungsbeginn und 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 bestand und keine Taggelder

bezogen wurden. Die Anpassung ist für die letzten zwei abgeschlossenen Kalenderjahre möglich.

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

6.7.2 Arbeitslose Personen

Arbeitslose Personen können ihre Versicherung gegen eine entsprechende Prämienanpassung unabhängig von ihrem Gesundheitszustand in eine solche mit einer 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

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

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

7.2 Leistungsumfang

7.2.1 Im Allgemeinen

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

7.2.2 Selbstständig Erwerbende und Nicht-Erwerbstätige

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

7.2.3 Angestellte

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

7.2.4 Teilweise Arbeitsunfähigkeit

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

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

7.2.5 Unfall

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

7.2.6 Geburt

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

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

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

7.3 Leistungsdauer

7.3.1 Grundsatz

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

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

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

7.3.2 Geburt

Der Leistungsanspruch beginnt am Tag der Geburt.

Für ein Taggeld, das vor der Geburt während mindestens 3 vollen Versicherungsjahren in gleicher Höhe versichert war, erstreckt sich die maximale Leistungsdauer auf 16 Wochen, d. h. zusätzlich zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG 2 Wochen in Höhe des versicherten Taggeldes bei Geburt. Bei kürzerer Versicherungsdauer beträgt die Leistungsdauer 8 Wochen.

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

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

7.3.3 AHV-Rententalter

Bei Weiterversicherung im AHV-Rententalter 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 Insolvenzenschädigung.

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 Unternehmen (VVG) versichert waren, beträgt die maximale Leistungsdauer 365 Tage.

7.4 Leistungsbeschränkungen

7.4.1 Leistungsausschluss

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

- a) für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind,
- b) bei Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die durch einen vom Versicherer nicht anerkannten Arzt oder Chiropraktor ausgestellt wurde,
- c) wenn die versicherte Person vorsätzlich unrechtmässig Leistungen bezieht oder zu beziehen versucht,
- d) wenn der Grad der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person weniger als 25 % beträgt,
- e) für Angestellte während der Dauer eines unbezahlten Urlaubes und
- f) nach Beendigung des Versicherungsvertrages, wobei periodische Leistungsverpflichtungen im Sinne von Art. 35c VVG vorbehalten sind.

7.4.2 Leistungseinschränkungen

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

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

Vorbehalten bleiben die Bestimmungen nach Art. 45 VVG.

7.4.3 Rückerstattungspflicht

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

8. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

8.1 Meldepflicht

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

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

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

Angestellte haben den Nachweis von ungedecktem Erwerbsausfall zu erbringen.

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

8.2 Auskunftspflicht

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

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

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

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

9. Prämien und Zahlungen

9.1 Prämienhöhe

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

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

9.2 Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

9.2.1 Grundsatz

Bei Leistungsfreiheit wird ein Prämienrabatt gewährt.

9.2.2 Beobachtungsperiode

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

9.2.3 Rabattstufen

Es werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Rabattstufe	Prämie
0	100%
1	64%

Die Festsetzung der Rabattstufen kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

9.2.4 Stufenanpassung bei Leistungsbezug

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

9.2.5 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

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

9.2.6 Änderung der Versicherungsdeckung

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

9.3 Leistungsausrichtung

9.3.1 Auszahlung von Taggeldern

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

9.3.2 Taggelder bei Geburt

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

10. Leistungen Dritter

10.1 Angestellte und Nicht-Erwerbstätige

Tage mit Teilleistungen infolge Kürzung wegen Anspruchs auf Leistungen Dritter zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und Wartezeit an 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.

