

Inhaltsverzeichnis

Reglemente für Versicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)	
basis	Seite 2
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	
Gemeinsame Bestimmungen	Seite 13
allgemeiner zusatz/privat zusatz	Seite 22
kombi	Seite 28
salto	Seite 36
mondial	Seite 43
dental	Seite 46
tourist	Seite 49
protect	Seite 53
risikokapital unfall	Seite 56
risikokapital krankheit	Seite 61
compensa	Seite 67
Versicherungspakete	
	Seite 72

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Bestimmungen		
1.1	Grundsatz		
1.2	Bundesrechtliche Bestimmungen		
2	Generelle Rahmenbedingungen		
2.1	Aufnahmebedingungen		
2.1.1	Im Allgemeinen		
2.1.2	Grenzgängerinnen und Grenzgänger		
2.1.3	Weitere Personen mit Wohnsitz in der EU, in Island oder Norwegen		
2.1.4	Besondere Aufnahmebedingungen		
2.2	Aufnahmeverfahren		
2.2.1	Antragstellung		
2.2.2	Versicherungspolice		
2.3	Beginn der Versicherung		
2.3.1	Im Allgemeinen		
2.3.2	Geburt oder Zuzug in die Schweiz		
2.3.3	Grenzgängerinnen und Grenzgänger		
2.3.4	Weitere Personen mit Wohnsitz in der EU		
2.3.5	Verspätete Anmeldung		
2.4	Wohnsitzverlegung		
2.4.1	Im Allgemeinen		
2.4.2	Ins Ausland		
2.5	Sistierung der Unfalldeckung		
2.5.1	Voraussetzung		
2.5.2	Mitwirkungspflichten der versicherten Person		
2.6	Erlöschen der Versicherung		
2.6.1	Im Allgemeinen		
2.6.2	Kündigung		
2.6.3	Folgen der Versicherungsbeendigung		
3	Leistungen		
3.1	Allgemeine Leistungsbestimmungen		
3.1.1	Anspruchsberechtigung		
3.1.2	Leistungen bei Krankheit		
3.1.3	Leistungen bei Unfall und Geburtsgebrechen		
3.1.4	Leistungen bei Mutterschaft		
3.1.5	Leistungen im Ausland		
3.1.6	Leistungsvoraussetzung		
3.1.7	Rechnungsstellung, Rückerstattung		
3.1.8	Mitwirkungspflichten der versicherten Person		
3.2	Ambulante Behandlung		
3.2.1	Leistungsdauer		
3.2.2	Leistungserbringende Personen oder Institutionen		
3.2.3	Leistungsumfang		
3.2.4	Wahl der behandelnden Person		
3.2.5	Medikamente		
3.2.6	Analysen		
3.2.7	Hilfsmittel, insbesondere Sehhilfen		
3.2.8	Akupunktur		
3.2.9	Medizinische Prävention		
3.3	Stationäre Behandlung		
3.3.1	Spitalbedürftigkeit		
3.3.2	Leistungsdauer		
3.3.3	Leistungsumfang		
3.3.4	Spitalwahl allgemein		
3.3.5	Ausserkantonale Wahlbehandlung		
3.3.6	Ausserkantonale Behandlung aus medizinischen Gründen		
3.3.7	Tarifschutz		
3.3.8	Behandlung in Privatabteilungen		
3.3.9	Rechnungsstellung, Rückerstattung		
3.4	Teilstationäre Behandlung		
3.5	Medizinische Rehabilitationsmassnahmen		
3.6	Behandlung im Pflegeheim		
3.7	Spitex		
3.8	Badekuren		
3.8.1	Leistungsumfang		
3.8.2	Wahl des Heilbades		
3.8.3	Vorgehen bei Badekuren		
3.9	Transport- und Rettungskosten		
3.10	Zahnärztliche Behandlung		
3.10.1	Zahnärztliche Behandlung bei schwerer Erkrankung		
3.10.2	Zahnunfall		
3.10.3	Leistungsumfang		
3.10.4	Vorgehen bei zahnärztlicher Behandlung		
3.11	Mutterschaft		
3.11.1	Leistungsumfang		
3.11.2	Pflegekosten des Kindes		
3.11.3	Geburtsvorbereitung und Stillberatung		
3.12	Leistungseinschränkungen		
3.12.1	Kürzung und Einstellung der Leistung		
3.12.2	Übersetzte Rechnungsstellung und unwirtschaftliche Behandlungen		
3.12.3	Rückerstattungspflicht		
3.13	Verhältnis zu Leistungen von Dritten, Überentschädigung		
3.13.1	Im Allgemeinen		
3.13.2	Sozialversicherungen		
3.13.3	Überentschädigung		

4 casamed Variante

- 4.1 Allgemeines**
- 4.2 Wahl/Kündigung der casamed**
- 4.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen**
- 4.4 Ausnahmen**
 - 4.4.1 Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte
 - 4.4.2 Notfälle
- 4.5 Weitere Leistungserbringer**
- 4.6 Leistungsausschluss, Ausschluss casamed Variante**
 - 4.6.1 Leistungsausschluss
 - 4.6.2 Ausschluss casamed Variante
- 4.7 Abwicklung der Versicherung**
 - 4.7.1 Wahl der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes resp. zuständige telemedizinische Institution
 - 4.7.2 Wechsel der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes
 - 4.7.3 Veranlasste Leistungen

5 Kostenbeteiligung

- 5.1 Ordentliche Kostenbeteiligung**
 - 5.1.1 Allgemeines
 - 5.1.2 Jahresfranchise
 - 5.1.3 Selbstbehalt
 - 5.1.4 Selbstbehalt bei Arzneimitteln
 - 5.1.5 Kostenbeteiligung bei Mutterschaft
 - 5.1.6 Maximale Kostenbeteiligung für Familien
- 5.2 Beitrag an Aufenthaltskosten im Spital**
- 5.3 Wählbare Franchise**
 - 5.3.1 Allgemeines
 - 5.3.2 Wahl/Kündigung der wählbaren Franchise
 - 5.3.3 Höhe der wählbaren Jahresfranchise
 - 5.3.4 Selbstbehalt
 - 5.3.5 Maximale Kostenbeteiligung für Familien

6 Prämien

- 6.1 Festsetzung**
 - 6.1.1 Im Allgemeinen
 - 6.1.2 Prämienreduktionen
 - 6.1.3 Prämienbeiträge
- 6.2 Prämienbefreiung bei Militär- und Zivildienst**
- 6.3 Prämienzuschlag**
- 6.4 Extrabeiträge**

6.5 Zahlung

- 6.5.1 Fälligkeit/Zahlungsperiode
- 6.5.2 Zahlungsverzug
- 6.5.3 Verpfändung/Abtretung

7 Kollektivversicherung

- 7.1 Allgemeines**
- 7.2 Abweichende Regelungen**
- 7.3 Übertritt in die Einzelversicherung**

8 Rechtspflege

- 8.1 Verfügung**
- 8.2 Einsprache**
- 8.3 Kantonales Versicherungsgericht**
- 8.4 Rechtskraft**
- 8.5 Rechtsschutz**

9 Schlussbestimmungen

- 9.1 Änderungen**
- 9.2 Inkraftsetzung**

1 Allgemeine Bestimmungen

1.1 Grundsatz

Die basis Versicherung ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG.

Sie erbringt Leistungen bei Krankheit, Unfall und bei Mutterschaft.

1.2 Bundesrechtliche Bestimmungen

In Ergänzung zu den Bestimmungen dieses Reglements gelten die Regelungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6.10.2000, des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18.3.1994 sowie der dazugehörenden Ausführungsbestimmungen.

2 Generelle Rahmenbedingungen

2.1 Aufnahmebedingungen

2.1.1 Im Allgemeinen

Durch Abschluss der basis kann jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz der Kasse beitreten.

2.1.2 Grenzgängerinnen und Grenzgänger

Die Kasse versichert auch Grenzgängerinnen und Grenzgänger und deren Familienangehörige.

2.1.3 Weitere Personen mit Wohnsitz in der EU, in Island oder Norwegen

Die Kasse versichert Personen mit Wohnsitz in der EU, in Island oder Norwegen, welche in der Schweiz versicherungspflichtig sind.

Die Grundlage dafür bilden das Abkommen zwischen der EU und der Schweiz über den freien Personenverkehr und das EFTA-Abkommen (Island, Norwegen). Wird im Folgenden das Abkommen über den freien Personenverkehr erwähnt, gilt dies analog auch für das EFTA-Abkommen.

2.1.4 Besondere Aufnahmebedingungen

Die Kasse kann insbesondere für Aktionen und Fusionen abweichende Aufnahmebedingungen und -formalitäten erlassen.

2.2 Aufnahmeverfahren

2.2.1 Antragstellung

Das Aufnahmegesuch erfolgt schriftlich mittels vorgedruckten Formulars. Die auf dem Formular gestellten Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.

Für nicht handlungsfähige Personen hat das Aufnahmegesuch durch ihren gesetzlichen Vertreter zu erfolgen.

2.2.2 Versicherungspolice

Neu versicherte Personen erhalten nach erfolgter Aufnahme eine Versicherungspolice und die Versicherungsbestimmungen.

2.3 Beginn der Versicherung

2.3.1 Im Allgemeinen

Die Versicherung beginnt mit dem von der Kasse bestätigten Aufnahmetag.

2.3.2 Geburt oder Zuzug in die Schweiz

Bei Beitritt innerhalb von drei Monaten seit Geburt oder seit Wohnsitznahme in der Schweiz beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme.

2.3.3 Grenzgängerinnen und Grenzgänger

Grenzgängerinnen und Grenzgänger sowie ihre Familienangehörigen, welche sich von der Versicherungspflicht nach KVG nicht befreien, müssen sich innert dreier Monate nach Beginn der Grenzgängerbewilligung versichern. Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Gültigkeit der Bewilligung. Versichern sie sich später, beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts.

2.3.4 Weitere Personen mit Wohnsitz in der EU

Rentnerinnen und Rentner sowie Bezügerinnen und Bezüger von schweizerischen Arbeitslosenleistungen, welche in einem Mitgliedstaat der EU wohnen und gestützt auf das Abkommen zwischen der EU und der Schweiz über den freien Personenverkehr in der Schweiz versicherungspflichtig sind, müssen sich innert dreier Monate nach Beginn der Versicherungspflicht versichern. Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht. Versichern sie sich später, beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts.

2.3.5 Verspätete Anmeldung

Bei verspäteter Anmeldung beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Bei nicht entschuldbarer Verspätung hat die versicherte Person gemäss den gesetzlichen Bestimmungen einen Prämienzuschlag zu entrichten.

2.4 Wohnsitzverlegung

2.4.1 Im Allgemeinen

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

2.4.2 Ins Ausland

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die von ihrem Unternehmen mit Sitz in der Schweiz ins Ausland entsandt werden, bleiben zwei Jahre und auf Antrag bis zu insgesamt sechs Jahre weiter versichert. Einer zeitlich unbeschränkten Versicherungspflicht unterstehen Personen, welche 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 weiter versichern.

Bei Wegzug ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

Bei Behandlungen in einem Mitgliedstaat der EU erbringt die Kasse die Kosten nach den im entsprechenden Staat geltenden Sozialversicherungstarifen. Im übrigen Ausland leistet die Kasse bis maximal den doppelten Betrag der Tarife und Preise am letzten schweizerischen Wohnort.

Leistungen werden nur erbracht, wenn detaillierte Originalrechnungen eingereicht werden, die folgende Angaben enthalten:

- Behandlungsdatum,
- Diagnose,
- Art der Therapien und der Behandlung,
- Anzahl Konsultationen / Dauer des Spitalaufenthaltes,
- quitierte Originalrezepte,
- Tagestaxen und Nebenkosten (Spital).

Personen, die ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen und nicht mehr nach KVG versicherungspflichtig sind, können sich gemäss den Bedingungen der mondial Versicherung nach VVG weiter versichern.

2.5 Sistierung der Unfalldeckung

2.5.1 Voraussetzung

Personen, die für Berufs- und Nichtberufsunfälle obligatorisch versichert sind, können gegen eine Prämienermässigung die Sistierung der Unfalldeckung beantragen.

Die Prämie wird auf Beginn des dem Antrag folgenden Monats reduziert.

2.5.2 Mitwirkungspflichten der versicherten Person

Scheidet die versicherte Person aus der Unfallversicherung gemäss UVG aus, hat sie dies der Kasse innerhalb eines Monats zu melden.

Die Kasse kann bei Versäumen der Meldepflicht von der versicherten Person den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem die Kasse davon Kenntnis erhält, verlangen.

2.6 Erlöschen der Versicherung

2.6.1 Im Allgemeinen

Die Versicherung erlischt:

- a) durch Kündigung,
- b) durch Wegzug ins Ausland ausser bei Weiterbestehen der Versicherungspflicht,
- c) im Todesfall,
- d) bei amtlicher Streichung.

Die gesetzlichen Ausschlussgründe bei Verletzung der Mitgliedschaftspflichten bleiben vorbehalten.

2.6.2 Kündigung

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

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

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

2.6.3 Folgen der Versicherungsbeendigung

Nach Beendigung der Versicherung bestehen, abgesehen von ausstehenden Versicherungsleistungen, keinerlei rechtliche Ansprüche an die Kasse.

Die versicherte Person hat jedoch ihren allfälligen finanziellen Verpflichtungen gegenüber der Kasse nachzukommen.

3 Leistungen

3.1 Allgemeine Leistungsbestimmungen

3.1.1 Anspruchsberechtigung

Die Anspruchsberechtigung besteht für die Zeit der Mitgliedschaft.

3.1.2 Leistungen bei Krankheit

Die basis Versicherung deckt die Kosten für die Diagnose und die Behandlung von Krankheiten und deren Folgen.

Die Leistungen umfassen:

- ärztliche und chiropraktische Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen sowie ärztlich angeordnete Leistungen von Drittpersonen,
- ärztlich verordnete Medikamente, Analysen und Hilfsmittel,
- ärztliche oder ärztlich verordnete Präventivmassnahmen,
- Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung,
- teilstationärer Aufenthalt,
- medizinische Rehabilitationsmassnahmen,
- Pflegemassnahmen in einem Pflegeheim,
- Spitex-Pflegeleistungen,
- einen Beitrag an ärztlich verordnete Badekuren,
- einen Beitrag an Rettungskosten und medizinisch notwendige Transportkosten,
- Beiträge an zahnärztliche Behandlungen.

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

Der Leistungsumfang bemisst sich nach den Bestimmungen des ATSG und des KVG sowie den dazugehörigen Ausführungsbestimmungen.

3.1.3 Leistungen bei Unfall und Geburtsgebrechen

Soweit nicht Unfall-, Invalidenversicherung oder Dritte dafür aufkommen, werden bei Unfall oder bei Geburtsgebrechen die gleichen Leistungen wie bei Krankheit ausgerichtet.

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

3.1.4 Leistungen bei Mutterschaft

Bei Mutterschaft werden die gleichen Leistungen wie bei Krankheit sowie die besonderen Mutterschaftsleistungen erbracht.

3.1.5 Leistungen im Ausland

Leistungen bei Behandlungen im Ausland werden gemäss den bundesrechtlichen Bestimmungen insbesondere bei Notfällen erbracht. Die Behandlungskosten müssen detailliert ausgewiesen werden.

In einem Mitgliedstaat der EU erbringt die Kasse die Kosten nach den im entsprechenden Staat geltenden Sozialversicherungstarifen. Im übrigen Ausland übernimmt die Kasse bis maximal den doppelten Betrag der Kosten, die in der Schweiz vergütet werden.

Grenzgängerinnen und Grenzgänger und die übrigen nach Abkommen über den freien Personenverkehr in der Schweiz versicherungspflichtigen Personen mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU können sich gemäss den Bestimmungen des Abkommens über den freien Personenverkehr in ihrem Wohnland behandeln lassen.

3.1.6 Leistungsvoraussetzung

Die Kasse 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.

Die Kasse kann zum Zwecke der optimalen Betreuung ihrer Versicherten mit den zugelassenen Leistungserbringern begleitende Massnahmen vereinbaren, mit dem Ziel, durch verbesserte Zusammenarbeit und Koordination zwischen den Leistungserbringern und der Kasse die für die Versicherten wirksamste, zweckmässigste und wirtschaftlichste Behandlung sicherzustellen. Die Kasse kann mit der Durchführung dieser Massnahmen eine Gesundheitsberaterin oder einen Gesundheitsberater beauftragen.

Die Kasse übernimmt nur Leistungen, die von Personen oder Institutionen erbracht werden, die im KVG aufgezählt sind und bei denen die entsprechenden Ausbildungs- und Zulassungsvoraussetzungen erfüllt sind.

3.1.7 Rechnungsstellung, Rückerstattung

Sofern zwischen der Kasse und den Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, ist die versicherte Person Honorarschuldner.

Beansprucht die versicherte Person Leistungen der Kasse, hat sie ihr die detaillierten Rechnungen und Rezepte mit den erforderlichen Angaben (Versichertennummer etc.) einzureichen. Besteht ein Leistungsanspruch, vergütet die Kasse der versicherten Person den Kostenanteil der Kasse.

Die versicherte Person kann Rechnungen vor der Bezahlung durch die Kasse prüfen lassen.

3.1.8 Mitwirkungspflichten der versicherten Person

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

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

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

Die versicherte Person, welche Versicherungsleistungen beansprucht, hat im Einzelfall alle Personen und Stellen, namentlich Arbeitgeber, Ärztinnen und Ärzte, Versicherungen und Arbeitsstellen, 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 eine zweite Ärztin bzw. einen zweiten Arzt oder durch die Vertrauensärztin bzw. den Vertrauensarzt der Kasse untersuchen zu lassen. Die Kasse trägt die Kosten.

Die versicherte Person hat der Kasse den Eintritt eines Unfalls spätestens innerhalb von zehn Tagen zu melden. Sie stellt der Kasse sämtliche erforderlichen Informationen zur Verfügung.

Kommt die versicherte Person, welche Leistungen beansprucht, den Auskunftspflichtigen oder Mitwirkungspflichten in unentschuldigbarer Weise nicht nach, kann die Kasse 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 Leistungserbringende Personen oder Institutionen

Anerkannte Leistungserbringer sind insbesondere folgende Personen und Institutionen:

- Ärztinnen und Ärzte,
- Apothekerinnen und Apotheker,
- Chiropraktorinnen und Chiropraktoren,
- Hebammen,
- Laboratorien,
- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder der Behandlung dienen.
- Auf ärztliche Anordnung:
 - Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten,
 - Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten,
 - Pflegefachkräfte,
 - Logopädinnen und Logopäden.

3.2.3 Leistungsumfang

Die Kasse übernimmt die Kosten ambulanter Behandlungen gemäss den am Wohn- oder Arbeitsort der Versicherten geltenden Verträgen und Tarifen.

3.2.4 Wahl der behandelnden Person

Die versicherte Person kann unter den gemäss KVG zur Behandlung zugelassenen Personen frei wählen. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen für Versicherte, welche die Versicherungsvariante mit eingeschränktem Wahlrecht, casamed, abgeschlossen haben.

Bei der Behandlung durch die nach KVG zugelassenen Personen oder Institutionen geniessen die Versicherten Tarifschutz, das heisst, die Leistungen sind gemäss den mit den Kassen vereinbarten Verträgen und Tarifen zu berechnen.

Bei Behandlung durch Personen oder Institutionen, die sich nicht dem KVG unterstellen, erbringt die Kasse keine Leistungen. Diese Leistungserbringer müssen die Versicherten vor einer Behandlung darauf hinweisen, dass für ihre Behandlung kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht.

Sind die Kosten einer auswärtigen Behandlung höher als die Kosten bei einer Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort, gehen die übersteigenden Kosten zulasten der versicherten Person.

Ist aus medizinischen Gründen eine auswärtige Behandlung notwendig, werden die Kosten gemäss den am Behandlungs-ort geltenden Verträgen und Tarifen übernommen.

Bei wiederholtem freiwilligem Wechsel der behandelnden Person bei der gleichen Erkrankung können die Leistungen von der Zustimmung der Kasse abhängig gemacht werden.

3.2.5 Medikamente

Die Kasse übernimmt die Kosten ärztlich verordneter Medikamente, die in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) und der Spe-

zialitätenliste (SL) des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) enthalten sind.

3.2.6 Analysen

Die Kasse vergütet die Kosten für ärztlich angeordnete Analysen, die diagnostischen Zwecken oder der Therapiekontrolle dienen, soweit sie in der Analysenliste (AL) des EDI enthalten sind und von einer Apothekerin oder einem Apotheker oder einem gemäss KVG zugelassenen Laboratorium ausgeführt werden.

3.2.7 Hilfsmittel, insbesondere Sehhilfen

Die Kasse übernimmt die Kosten für die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände gemäss der Liste des EDI (MiGeL) und höchstens zu den in der MiGeL enthaltenen Beträgen. Die Mittel und Gegenstände müssen von einer nach KVG anerkannten Abgabestelle oder von einer nach KVG zur Behandlung anerkannten Person abgegeben werden.

Sind die Kosten eines Hilfsmittels höher als die in der MiGeL enthaltenen Beträge, hat die versicherte Person die Differenz zu tragen.

An die Kosten von zur Sehkorrektur benötigten Brillengläsern oder Kontaktlinsen leistet die Kasse einen Beitrag.

Bis 18	Erwachsene
CHF 180.– jährlich	CHF 180.– innerhalb von 5 Jahren

Dieser Betrag fällt unter die Bestimmung über die Kostenbeteiligung in der basis. Bei ärztlicher Verordnung werden gemäss MiGeL in Spezialfällen höhere Beiträge übernommen.

3.2.8 Akupunktur

Die Kasse vergütet die Kosten für die ärztliche Behandlung bei der Akupunktur. Dabei müssen die Ärztinnen und Ärzte eine durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) anerkannte Weiterbildung abgeschlossen haben.

3.2.9 Medizinische Prävention

Die Kasse übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete präventive Untersuchungen oder Massnahmen gemäss der Krankenpflegeleistungsverordnung, insbesondere Kinderimpfungen und gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen. Diese Leistungen unterliegen – im Gegensatz zu Mutterschaftsleistungen – der ordentlichen Kostenbeteiligung.

3.3 Stationäre Behandlung

3.3.1 Spitalbedürftigkeit

Die Kasse gewährt Leistungen bei Spitalaufenthalt, wenn, unter Berücksichtigung der Diagnose, der Gesundheitszustand der versicherten Person oder die Gesamtheit der ärztlichen Behandlung die stationäre Behandlung in einer Akut- oder Rehabilitationsabteilung eines Spitals erfordert.

Ist die Spitalbedürftigkeit nicht mehr gegeben, erbringt die Kasse an den Spitalaufenthalt die gleichen Leistungen wie bei Aufenthalt in einem Pflegeheim oder wie bei der Pflege durch Spitex-Dienste zu Hause.

3.3.2 Leistungsdauer

Der Leistungsanspruch für stationäre Behandlung besteht, solange die Spitalbedürftigkeit gegeben ist.

3.3.3 Leistungsumfang

Die Kasse übernimmt die Kosten eines Spitalaufenthalts ge-

mäss den für die Spitäler im Wohnkanton der versicherten Person geltenden Verträgen und Tarifen für die allgemeine Abteilung.

Zur Anwendung gelangt der Tarif desjenigen Spitals, das aufgrund der Einreihung nach Leistungskategorien der kantonalen Spitalplanung für die medizinische Versorgung der versicherten Person zuständig ist.

3.3.4 Spitalwahl allgemein

Die versicherte Person kann unter den Spitalern, welche die Zulassungsvoraussetzungen des KVG erfüllen und die in der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt sind, frei wählen.

Vorbehalten bleiben die Bestimmungen für Versicherte, welche die Versicherungsvarianten mit eingeschränktem Wahlrecht, *casamed*, abgeschlossen haben.

3.3.5 Ausserkantonale Wahlbehandlung

Sind die Kosten einer ausserkantonalen Spitalbehandlung höher als bei einer Behandlung in einem nach Leistungskategorien zuständigen Spital im Wohnkanton, gehen die übersteigenden Kosten zulasten der versicherten Person.

3.3.6 Ausserkantonale Behandlung aus medizinischen Gründen

Ist aus medizinischen Gründen eine ausserkantonale Behandlung notwendig, werden die Kosten gemäss den für das betreffende Spital geltenden Verträgen und Tarifen übernommen.

Als medizinisch notwendige ausserkantonale Behandlungen gelten:

- Notfallbehandlungen,
- Behandlungen, die in keinem auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten inner- oder ausserkantonalen Spital durchgeführt werden können.

Erfolgt die Behandlung aus medizinischen Gründen in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten ausserkantonalen Spital, übernimmt der Wohnkanton der versicherten Person die Differenz zwischen den effektiven Behandlungskosten und den für die Einwohnerinnen und Einwohner des Standortkantons geltenden Tarifen und Verträgen des betreffenden Spitals.

3.3.7 Tarifschutz

Die für die Behandlung gemäss KVG zugelassenen Spitäler haben die stationäre Behandlung einschliesslich der Aufenthaltskosten gemäss den mit den Kassen vereinbarten Pauschalen abzurechnen. Eine zusätzliche Rechnungsstellung ist nur für allfällige mit den Kassen vereinbarte besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen zulässig.

3.3.8 Behandlung in Privatabteilungen

Lässt sich die versicherte Person in der Privat- oder Halbprivatabteilung eines in der Spitalliste des Standortkantons aufgeführten Spitals inner- oder ausserhalb des Wohnkantons behandeln, erbringt die Kasse Leistungen analog der Taxen für die Allgemeinabteilung der nach Leistungskategorie zuständigen KVG-Spitäler im Wohnkanton bzw. bei medizinischer Indikation analog der Taxen für die Allgemeinabteilung des betreffenden Spitals.

3.3.9 Rechnungsstellung, Rückerstattung

Bei Spitalaufenthalt von Versicherten erteilt die Kasse im Rahmen des Leistungsanspruchs Kostengutsprache, sofern die

Einweisungsdiagnose vorliegt. Besteht zwischen Kassen und Spital kein Vertrag, ist die versicherte Person gegenüber dem Spital Honorarschuldner.

3.4 Teilstationäre Behandlung

Die Bestimmungen über die stationäre Behandlung gelten sinngemäss auch für die Behandlung in einer teilstationären Klinik wie Tages- oder Nachtklinik oder in einer Einrichtung für Tageschirurgie.

3.5 Medizinische Rehabilitationsmassnahmen

Massnahmen der medizinischen Rehabilitation werden dann übernommen, wenn sie der Wiedererlangung der körperlichen oder psychischen Funktionsfähigkeit dienen, sodass die versicherte Person wieder in ihre gewohnte Lebensumgebung zurückkehren kann.

Die Bestimmungen über die ambulante und die stationäre Behandlung kommen sinngemäss zur Anwendung.

Dienen die medizinischen Massnahmen nicht der Rückkehr in die gewohnte Lebensumgebung, werden die Leistungen gemäss Pflegeheimtarif oder gemäss Spitex-Tarifen übernommen.

3.6 Behandlung im Pflegeheim

Bei Aufenthalt in einem nach KVG zugelassenen Pflegeheim übernimmt die Kasse die ärztlich verordneten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen.

Die Leistungen werden gemäss den Vereinbarungen mit dem Pflegeheim entweder pauschal vergütet oder nach Einzelleistungsabrechnung übernommen.

Die Bestimmungen über die stationäre Behandlung und über die Spitex-Leistungen gelten sinngemäss auch für die Behandlung in einem Pflegeheim.

3.7 Spitex

Die Kasse vergütet die ärztlich verordneten Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die von anerkannten Spitex-Diensten oder von Pflegefachkräften zu Hause erbracht werden. An die Kosten von Haushalthilfen werden keine Leistungen erbracht.

Die ärztliche Verordnung gilt längstens für die Dauer von drei Monaten bzw. sechs Monaten bei Langzeitpatientinnen und -patienten. Die Spitex-Kosten werden gemäss den kantonalen und kommunalen Verträgen und Tarifen mit den Spitex-Diensten übernommen. Sie können insbesondere nach Zeit- oder Pauschaltarifen abgerechnet werden. In den Tarifverträgen kann ein bestimmter täglicher oder wöchentlicher Zeitbedarf als Maximallimite festgelegt werden.

3.8 Badekuren

3.8.1 Leistungsumfang

An die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren leistet die Kasse einen täglichen Beitrag.

CHF 10.-

21 Tage pro Kalenderjahr

3.8.2 Wahl des Heilbades

Der versicherten Person steht die Wahl unter den ärztlich geleiteten, anerkannten inländischen Heilbädern frei.

Der Beitrag an die Badekur wird unabhängig davon ausgerichtet, ob die versicherte Person stationär in dem Heilbad behan-

delt wird oder in einem Hotel, einer Pension oder in Privaträumen am Ort des Heilbades wohnt.

3.8.3 Vorgehen bei Badekuren

Die ärztliche Verordnung für einen Kuraufenthalt inklusive Diagnose ist der Kasse zwei Wochen vor Kurantritt einzusenden.

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

3.9 Transport- und Rettungskosten

Bei einem medizinisch notwendigen Transport durch ein nach KVG anerkanntes Transportunternehmen zur Behandlung bei einer nach KVG zugelassenen Person oder Institution im Wahlrecht der versicherten Person übernimmt die Kasse einen Beitrag an die Transportkosten.

50% bis maximal CHF 500.- pro Kalenderjahr

Bei einer notwendigen Rettungsaktion in der Schweiz durch ein nach KVG anerkanntes Rettungsunternehmen übernimmt die Kasse einen Beitrag an die Rettungskosten.

50% bis maximal CHF 5 000.- pro Kalenderjahr

3.10 Zahnärztliche Behandlung

3.10.1 Zahnärztliche Behandlung bei schwerer Erkrankung

Die Kasse übernimmt die Kosten krankheitsbedingter zahnärztlicher Behandlung, wenn diese:

- durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist,
- durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist,
- zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist.

3.10.2 Zahnunfall

Die Kasse übernimmt die Kosten unfallbedingter Zahnschäden.

3.10.3 Leistungsumfang

Die Vergütung erfolgt bei Behandlung durch die nach KVG zugelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte gemäss den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen mit den Kassen.

3.10.4 Vorgehen bei zahnärztlicher Behandlung

Leistungsvoraussetzung für die Übernahme der Kosten zahnärztlicher Behandlungen ist die Vorlage der Diagnose, des Behandlungsplanes sowie des Kostenvoranschlages.

3.11 Mutterschaft

3.11.1 Leistungsumfang

Während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Geburt übernimmt die Kasse die gleichen Leistungen wie bei Krankheit. Zusätzlich werden die von Ärztinnen oder Ärzten oder von Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten medizinisch notwendigen Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft und während 10 Wochen nach der Geburt übernommen. Ohne besondere medizinische Indikationen werden maximal sieben Untersuchungen während der Schwangerschaft sowie eine Nachkontrolle übernommen.

Die Kasse übernimmt die Kosten einer Geburt zu Hause, im Spital oder in einer Geburtsstätte gemäss den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen.

Die Bestimmungen über ambulante, stationäre bzw. teilstationäre Behandlung gelten auch für die Leistungen bei Geburt.

3.11.2 Pflegekosten des Kindes

Die Kasse übernimmt den nicht gedeckten Teil der Kosten für die Pflege des Kindes, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält, aus der basis der Mutter, sofern das Kind bei der Kasse versichert wird.

3.11.3 Geburtsvorbereitung und Stillberatung

Die Kasse übernimmt einen Beitrag an die Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses

CHF 100.–

und die Kosten für maximal drei Stillberatungen, wenn diese durch eine anerkannte Fachperson durchgeführt werden.

3.12 Leistungseinschränkungen

3.12.1 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 oder 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 resp. vollständig verweigert werden.

3.12.2 Übersetzte Rechnungsstellung und unwirtschaftliche Behandlungen

Bei offensichtlich übersetzter Rechnungsstellung oder bei unwirtschaftlichen Behandlungen kann die Kasse ihre Vergütung verweigern oder entsprechend kürzen. Sie kann ihre Zahlung von der Zession der Reduktionsforderung abhängig machen. Bereits bezahlte Vergütungen können von der Kasse – oder die selbst bezahlten Vergütungen von der versicherten Person – beim Leistungserbringer zurückgefordert werden.

3.12.3 Rückerstattungspflicht

Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen können durch die Kasse zurückgefordert werden.

3.13 Verhältnis zu Leistungen von Dritten, Überentschädigung

3.13.1 Im Allgemeinen

Haftet für einen gemeldeten Krankheitsfall oder Unfall ein Dritter oder eine Dritte aus Gesetz, Vertrag oder Verschulden, gehen die Ansprüche der versicherten Person gegenüber den Dritten im Ausmass der erbrachten Kassenleistungen an die Kasse über. Gibt es mehrere Haftpflichtige, haften diese für Rückgriffsansprüche der Kasse solidarisch.

3.13.2 Sozialversicherungen

Die Kasse gewährt keine Leistungen, die zulasten anderer Sozialversicherungen (UVG, IV, MV, AHV, AIV etc.) gehen. Die versicherte Person hat den Leistungsanspruch bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden.

Im Verhältnis zu den anderen Sozialversicherungsleistungen erbringt die Kasse Vorleistungen gemäss den gesetzlichen Bestimmungen.

3.13.3 Überentschädigung

Die Leistungen der Kasse oder deren Zusammentreffen mit den Leistungen von anderen Sozialversicherungen oder weiteren Leistungspflichtigen dürfen die der versicherten Person durch den Versicherungsfall entstandenen Krankheits- oder Unfallkosten nicht übersteigen.

Stellt die Kasse eine Überentschädigung fest, kürzt sie die Leistungen entsprechend.

4 casamed Variante

4.1 Allgemeines

Als Variante der basis können Versicherte casamed mit eingeschränkter Wahl der behandelnden Personen oder Institutionen abschliessen.

Die Betreuung in der casamed Variante erfolgt im Rahmen von Systemen, die auf dem Hausarztprinzip basieren. casamed kann auf Versicherte mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

4.2 Wahl/Kündigung der casamed

casamed kann beim Beitritt zur Kasse oder zu einem späteren Zeitpunkt jeweils auf Beginn eines Kalendermonats gewählt werden.

Für den Wechsel zu casamed Varianten, welche keine oder nur die ordentliche Franchise vorsehen, gelten für Versicherte mit wählbarer Franchise die Fristen resp. Austrittsbedingungen der wählbaren Franchise.

Der Wechsel von casamed in die ordentliche basis oder der Austritt aus der Kasse kann für casamed Versicherte jeweils auf Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

Bei der Mitteilung der neuen Prämie ist eine Kündigung des Versicherungsverhältnisses mit der Kasse unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende desjenigen Monats möglich, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Kann aufgrund längerer örtlicher Abwesenheit der versicherten Person die nicht notfallmässige Behandlung nicht durch die zuständige casamed Hausärztin resp. den zuständigen casamed Hausarzt erfolgen, kann die Kasse einen sofortigen Wechsel in die ordentliche basis vornehmen.

4.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Aus casamed werden die Leistungen der basis erbracht, wenn sie von der casamed Hausärztin oder vom casamed Hausarzt, bei welcher/welchem die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

Die Kasse bezeichnet die casamed Ärztinnen und casamed Ärzte, denen die Behandlung der casamed Versicherten ausschliesslich anvertraut ist.

Telemedizinische Institutionen können von der Kasse als casamed Hausärzte anerkannt werden.

4.4 Ausnahmen

4.4.1 Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte

Die Kosten der Routinebehandlung bei Augen-, Frauen- und bei Kinderärztinnen oder -ärzten werden ohne vorherigen Bezug der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes vergütet.

Die Kasse ist berechtigt, die Auswahl dieser Ärztinnen und Ärzte einzuschränken. Für die Behandlung bei Kinderärztinnen und Kinderärzten kann die Kasse eine Alterslimite festlegen.

Kosten für die veranlasste Behandlung durch eine weitere Spezialistin oder einen weiteren Spezialisten sowie für ambulant und stationär durchgeführte Operationen werden nur nach Beizug der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes vergütet.

4.4.2 Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen der basis gedeckt. Die Versicherten melden diese innert 20 Tagen ihrer casamed Hausärztin bzw. ihrem casamed Hausarzt. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation als auch eine Leistungskürzung bei Fehlen eines (nachträglichen) Überweisungsscheins.

4.5 Weitere Leistungserbringer

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann die Kasse weitere Leistungserbringer wie Spitäler, Apotheken, Sanitätsfachgeschäfte etc. bezeichnen, denen die medizinische Betreuung oder Versorgung der casamed Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

4.6 Leistungsausschluss, Ausschluss casamed Variante

4.6.1 Leistungsausschluss

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

4.6.2 Ausschluss casamed Variante

Bei wiederholtem bedingungswidrigem Verhalten ist die Kasse berechtigt, die versicherte Person aus der casamed Variante in die ordentliche Versicherungsvariante umzuteilen.

4.7 Abwicklung der Versicherung

4.7.1 Wahl der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes resp. zuständige telemedizinische Institution

Die Kasse übergibt der versicherten Person eine Liste, auf welcher insbesondere folgende Angaben ersichtlich sind:

- casamed Hausärztinnen und casamed Hausärzte,
- örtlicher Leistungsbereich,
- Anmeldemodalitäten der casamed Hausärztinnen und casamed Hausärzte,
- weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Spitäler, Sanitätsfachgeschäfte etc.

Die versicherte Person schreibt sich bei einer casamed Hausärztin, einem casamed Hausarzt ihrer Wahl ein oder ist bei der telemedizinischen Institution eingeschrieben.

4.7.2 Wechsel der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes

In casamed kann der Wechsel zu einer anderen casamed Hausärztin bzw. einem anderen casamed Hausarzt unter Einhaltung einer einmonatigen Mitteilungsfrist jeweils auf Beginn eines Kalenderquartals erfolgen.

Abweichende Regelungen aufgrund von regionalen Vereinbarungen zwischen der Kasse und den an casamed mitwirkenden Ärztinnen und Ärzten bleiben vorbehalten.

In Sonderfällen, insbesondere bei:

- Wohnsitzwechsel,
 - Verlegung der Hausarztpraxis,
 - Zerwürfnis zwischen casamed Versicherten und gewählter casamed Hausärztin bzw. gewählttem casamed Hausarzt,
 - Ausscheiden der casamed Hausärztin bzw. des casamed Hausarztes aus dem Hausarztssystem
- gelten mit Einverständnis der Kasse kürzere Fristen.

Die casamed Versicherten erklären sich mit der Weiterleitung der zur Weiterbetreuung notwendigen Unterlagen an die neue casamed Hausärztin resp. den neuen casamed Hausarzt einverstanden.

4.7.3 Veranlasste Leistungen

Bei veranlassten Leistungen kann die Kasse vor der Leistungsvergütung von der versicherten Person oder von der casamed Hausärztin bzw. dem casamed Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

Will ein Leistungserbringer, an welchen die versicherte Person durch den casamed Hausarzt überwiesen wurde, eine weitere Überweisung vornehmen, ist das Einverständnis des zuständigen casamed Hausarztes einzuholen.

Die Kasse oder die casamed Kooperationspartner können den Leistungserbringern elektronische Hilfsmittel zur Verfügung stellen. Diese dienen einer raschen und sicheren Kommunikation zwischen den Leistungserbringern sowie einer optimalen Leistungskoordination und -prüfung.

Die Kasse stellt sicher, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.

5 Kostenbeteiligung

5.1 Ordentliche Kostenbeteiligung

5.1.1 Allgemeines

Jede versicherte Person hat sich gemäss den bundesrechtlichen Vorschriften an den Kosten für die erbrachten Leistungen mit einer Jahresfranchise und einem Selbstbehalt zu beteiligen.

Bis 18	Erwachsene
Keine (ordentliche) Franchise	CHF 300.- pro Kalenderjahr

5.1.2 Jahresfranchise

Für Erwachsene wird die Jahresfranchise in einem festen Betrag pro Kalenderjahr erhoben.

5.1.3 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt 10% der Kosten für die erbrachten Leistungen, die die Jahresfranchise übersteigen.

Bis 18	Erwachsene
10%, maximal CHF 350.- pro Kalenderjahr	10%, maximal CHF 700.- pro Kalenderjahr

5.1.4 Selbstbehalt bei Arzneimitteln

Der Selbstbehalt beträgt 20% der die Jahresfranchise übersteigenden Kosten bei Originalpräparaten, wenn in der Spezialitätenliste damit austauschbare Generika aufgeführt sind, deren Höchstpreis mindestens 20% tiefer ist als der Höchstpreis des entsprechenden Originalpräparates. Ausgenommen sind aus medizinischen Gründen ausdrücklich verschriebene Originalpräparate.

5.1.5 Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

Ausser bei Medikamenten und Hilfsmitteln wird auf den Leistungen bei Mutterschaft keine Kostenbeteiligung erhoben.

5.1.6 Maximale Kostenbeteiligung für Familien

Die maximale Kostenbeteiligung für die Kinder einer Familie beträgt gesamthaft CHF 1000.– pro Kalenderjahr.

5.2 Beitrag an Aufenthaltskosten im Spital

Zusätzlich zur ordentlichen Kostenbeteiligung haben die Versicherten an die Aufenthaltskosten im Spital einen täglichen Beitrag zu leisten.

CHF 10.– pro Tag

Keinen Beitrag zu entrichten haben Versicherte, welche mit einer oder mehreren Personen, mit denen sie in einer familienrechtlichen Beziehung stehen, in gemeinsamem Haushalt leben, sowie Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.

5.3 Wählbare Franchise

5.3.1 Allgemeines

Mit einer entsprechenden Reduktion der Prämien in der basis können sich Kinder, junge Erwachsene und Erwachsene für eine höhere Franchise entscheiden.

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

5.3.2 Wahl/Kündigung der wählbaren Franchise

Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

Bei unterjährigem Beitritt zur Kasse wird die wählbare Franchise pro rata temporis erhoben.

Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsvariante oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Mitteilungs- resp. Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres möglich.

Bei der Mitteilung der neuen Prämie ist eine Kündigung des Versicherungsverhältnisses mit der Kasse unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende desjenigen Monats möglich, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

5.3.3 Höhe der wählbaren Jahresfranchise

Die Versicherten können unter folgenden höheren Jahresfranchisen auswählen:

Erwachsene	Kinder
CHF 500.–	CHF 200.–
CHF 1000.–	CHF 400.–
CHF 1500.–	CHF 600.–
CHF 2000.–	
CHF 2500.–	

5.3.4 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt entspricht jenem der ordentlichen Kostenbeteiligung.

5.3.5 Maximale Kostenbeteiligung für Familien

Die maximale Kostenbeteiligung für mehrere Kinder einer Familie beträgt gesamthaft:

Höchstgewählte Franchise	Maximale Kostenbeteiligung
CHF 200.–	CHF 1 100.–
CHF 400.–	CHF 1 500.–
CHF 600.–	CHF 1 900.–

6 Prämien

6.1 Festsetzung

6.1.1 Im Allgemeinen

Die Prämien werden im Prämientarif festgesetzt.

Die Prämien können nach örtlich bedingten Kostenunterschieden abgestuft werden.

6.1.2 Prämienreduktionen

Reduzierte Prämien gelten:

- für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Altersjahres,
- für Erwachsene bis zur Vollendung des 25. Altersjahres,
- bei Sistierung der Unfalldeckung,
- für Versicherte, die eine wählbare Franchise abschliessen,
- für Versicherte, die eine casamed Variante abschliessen.

6.1.3 Prämienbeiträge

Die versicherte Person kann beim Wohnkanton respektive in ihrer Wohngemeinde Prämienbeiträge beantragen. Die Kasse kann mit dem Wohnkanton respektive der Wohngemeinde Vereinbarungen treffen, wonach der Prämienbeitrag direkt bei der Prämie in Abzug gebracht wird.

6.2 Prämienbefreiung bei Militär- und Zivildienst

Bei Militär-, Zivilschutz- oder Zivildienst von mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen Dauer erfolgt eine Prämienbefreiung für diejenigen Monate, für welche eine Versicherungsdeckung durch die Militärversicherung besteht.

Es wird eine Prämienbefreiung gewährt, soweit sie im gleichen Kalenderjahr beantragt wird. Dem Gesuch muss ein Nachweis über die verrichtete Dienstleistung beigelegt werden.

6.3 Prämienzuschlag

Bei nicht entschuldbarem verspätetem Beitritt in die basis wird für die doppelte Dauer der Verspätung ein Prämienzuschlag erhoben.

Maximal 50%

6.4 Extrabeiträge

In Zeiten aussergewöhnlicher Inanspruchnahme kann die Kasse Extrabeiträge erheben.

6.5 Zahlung

6.5.1 Fälligkeit/Zahlungsperiode

Die Prämien sind im Voraus zu bezahlen. Kürzeste Zahlungsperiode ist der Kalendermonat. Die Prämien sind ohne Unterbruch zu entrichten, also auch bei Krankheit, Unfall, Arbeitsunfähigkeit oder beim Ruhen der Anspruchsberechtigung. Beginnt oder erlischt die Mitgliedschaft im Verlaufe eines Kalendermonats, ist die ganze Monatsprämie geschuldet.

6.5.2 Zahlungsverzug

Gerät eine versicherte Person mit der Zahlung der ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung in Verzug und wurde im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt, ruht die Anspruchsberechtigung, bis die

ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Mahn- und Umtriebspesen, allfällige Verzugszinsen und Betriebskosten vollständig bezahlt sind. Die durch Zahlungsausstände verursachten Mahn- und Umtriebspesen gehen zulasten der versicherten Person.

Mehrkosten, welche durch die von der versicherten Person gewünschten ausserordentlichen Aufwendungen entstehen, sind im Voraus zu begleichen. Die Höhe der verursachten Mehrkosten wird durch die Kasse festgelegt.

Die Kasse kann zusätzlich zu diesen Kosten auf fälligen Beitragsforderungen Verzugszinsen in Höhe von 5% erheben.

Die Kasse kann bis zur Einleitung eines Fortsetzungsbegehrens ihre Leistungen mit fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen verrechnen. Der versicherten Person steht diese Möglichkeit nicht zu.

6.5.3 Verpfändung/Abtretung

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

7 Kollektivversicherung

7.1 Allgemeines

Zur administrativen Vereinfachung kann die Kasse für Personengruppen Gruppenverträge abschliessen.

7.2 Abweichende Regelungen

Für Kollektivversicherte gelten grundsätzlich die gleichen Leistungen und Prämien wie für Einzelversicherte.

Abweichende Regelungen sind insbesondere möglich betreffend:

- a) vereinfachtes Aufnahmeverfahren,
- b) anderen Zahlungsmodus für Prämien,
- c) Kollektivpartnerin oder -partner als Prämienschuldnerin bzw. -schuldner,
- d) Übertragung der Informationspflichten auf die Kollektivpartnerin oder den -partner,
- e) abweichendes Verfahren bei der Leistungsabwicklung und der Kostenbeteiligung,
- f) vereinfachtes Verfahren für den Unfallausschluss.

7.3 Übertritt in die Einzelversicherung

Versicherte, die aus dem Kreis der vom Kollektivvertrag erfassten Personen ausscheiden, oder Versicherte, deren Kollektivvertrag dahinfällt, sind automatisch in der Einzelversicherung weiterversichert.

8 Rechtspflege

8.1 Verfügung

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

8.2 Einsprache

Gegen diese Verfügung kann bei der Kasse innert 30 Tagen seit Zustellung Einsprache erhoben werden. Die Kasse prüft die Einsprache und erlässt einen schriftlichen, begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.

8.3 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 welchem die versicherte Person resp. der Beschwerde führende Dritte Wohnsitz hat. Das Versicherungsgericht kann auch angerufen werden, wenn die Kasse 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 Wohnsitz hat; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem die Kasse ihren Sitz hat.

8.4 Rechtskraft

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

8.5 Rechtsschutz

Bei Honorarstreitigkeiten der versicherten Person mit Leistungserbringern im Sinne des KVG kann die Kasse auf Begehren der versicherten Person ihre Vertretung vor den zuständigen Gerichten auf ihre Kosten übernehmen, sofern das Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint.

9 Schlussbestimmungen

9.1 Änderungen

Änderungen dieses Reglements werden den Versicherten durch schriftliche Mitteilung, in der Mitgliederzeitschrift oder durch amtliche Publikation mitgeteilt.

9.2 Inkraftsetzung

Dieses Reglement tritt am 1.1.2008 in Kraft und ersetzt damit alle früheren Reglemente und Bestimmungen über die gesetzliche Krankenpflegeversicherung vollständig.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung	5	Beendigung der Versicherung
1.1	Grundsatz	5.1	Kündigung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer
1.2	Versicherungsträger	5.1.1	Ordentliche Kündigung
1.3	Gegenstand der Versicherung	5.1.2	Kündigung im Schadenfall
1.4	Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)	5.1.3	Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages
1.5	Bedingungen für die Kollektivversicherung	5.2	Kündungsverzicht durch den Versicherer
1.6	Versicherungsvertragsgesetz	5.3	Übrige Beendigungsgründe
2	Versicherungsabteilungen	6	Leistungen
2.1	Versicherungsmöglichkeiten	6.1	Begriffsdefinitionen
2.2	Änderungen der Versicherungsabteilungen	6.1.1	Krankheit
2.3	Gewählte Versicherungsabteilungen	6.1.2	Unfall
3	Versicherte Personen	6.1.3	Mutterschaft
3.1	Einzelversicherung	6.2	Leistungsbereich
3.2	Kollektivversicherung	6.2.1	Örtlicher Leistungsbereich
4	Beginn und Dauer der Versicherung	6.2.2	Zeitlicher Leistungsbereich
4.1	Verfahren bei Versicherungsabschluss	6.3	Versicherte Leistungen
4.1.1	Antrag	6.3.1	Leistungsumfang
4.1.2	Auskunftspflicht	6.3.2	Wirtschaftlichkeit der Behandlung
4.1.3	Unterlagen, Dokumente	6.3.3	Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen
4.1.4	Widerrufsrecht	6.4	Leistungsbeschränkungen
4.2	Beginn der Versicherung	6.4.1	Vorbestandene Krankheiten und Unfälle
4.3	Dauer der Versicherung	6.4.2	Leistungsausschluss
4.3.1	Im Allgemeinen	6.4.3	Leistungseinschränkungen
4.3.2	Längere Versicherungsdauer	7	Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall
4.3.3	Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses	7.1	Meldepflicht
4.3.4	Verlängerung der Versicherung	7.2	Schadenminderung
4.4	Änderung der Versicherung	7.3	Auskunftspflicht
4.4.1	Änderung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer	8	Prämien und Zahlungen
4.4.2	Änderung durch den Versicherer	8.1	Prämienfestsetzung
4.5	Sistierung der Versicherung	8.1.1	Im Allgemeinen
4.5.1	Voraussetzung	8.1.2	Prämienhöhe
4.5.2	Dauer und Umfang der Sistierung	8.1.3	Familienrabatt
		8.2	Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung
		8.3	Prämienzahlung
		8.3.1	Fälligkeit
		8.3.2	Zahlungsverzug

Inhaltsverzeichnis

8.4 Überschussbeteiligung

- 8.4.1 Grundsatz
- 8.4.2 Voraussetzung
- 8.4.3 Auszahlung

8.5 Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

- 8.5.1 Grundsatz
- 8.5.2 Abteilungen mit Leistungsfreiheitsrabatt
- 8.5.3 Beobachtungsperiode
- 8.5.4 Rabattstufen
- 8.5.5 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit
- 8.5.6 Stufenanpassung bei Leistungsbezug
- 8.5.7 Mutterschaftsleistungen
- 8.5.8 Höherversicherung

8.6 Sonstige Zahlungsbestimmungen

- 8.6.1 Verrechnung
- 8.6.2 Verpfändung und Abtretung
- 8.6.3 Leistungsauszahlung
- 8.6.4 Verjährung

9 Leistungen Dritter

9.1 Subsidiarität

- 9.1.1 Im Allgemeinen
- 9.1.2 Leistungen der öffentlichen Hand
- 9.1.3 Mehrfachversicherung
- 9.1.4 Leistungsverzicht

9.2 Sozialversicherungen

9.3 Vorleistungen und Regress

9.4 Überversicherung

10 Datenschutz

11 Mitteilungen

12 Gerichtsstand

13 Inkraftsetzung

Gemeinsame Bestimmungen

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Grundsatz

In Ergänzung zur Krankenversicherung nach KVG werden gemäss diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Zusatzversicherungen und weitere Versicherungen angeboten. Text und Inhalt der Gemeinsamen Bestimmungen entsprechen denen der ÖKK Versicherungen AG.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger sind die in den einzelnen Versicherungsabteilungen aufgeführten Versicherungsgesellschaften (nachfolgend Versicherer).

Vermittelnde Krankenkasse ist die auf der Versicherungspolice aufgeführte Krankenkasse (nachfolgend Kasse).

1.3 Gegenstand der Versicherung

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

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

1.4 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

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

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

1.5 Bedingungen für die Kollektivversicherung

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

Die Bestimmungen im Kollektivvertrag gehen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor.

1.6 Versicherungsvertragsgesetz

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

2 Versicherungsabteilungen

2.1 Versicherungsmöglichkeiten

Die Versicherungsabteilungen nach diesen AVB sind:

- allgemeiner zusatz und privat zusatz,
- kombi: allgemein, halbprivat, privat, privat unfall, global, flex, komfort,

- salto,
- mondial,
- dental,
- tourist,
- protect,
- risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Unfall,
- risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Krankheit,
- compensa.

Einzelne Versicherungsabteilungen werden in casamed Varianten geführt.

2.2 Änderungen der Versicherungsabteilungen

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

2.3 Gewählte Versicherungsabteilungen

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

3 Versicherte Personen

3.1 Einzelversicherung

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

3.2 Kollektivversicherung

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

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen oder Personengruppen.

4 Beginn und Dauer der Versicherung

4.1 Verfahren bei Versicherungsabschluss

4.1.1 Antrag

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

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

4.1.2 Auskunftspflicht

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

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

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

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

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

4.1.3 Unterlagen, Dokumente

Bei Versicherungsabschluss erhält die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer:

- die Versicherungspolice,
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

4.1.4 Widerrufsrecht

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

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

4.2 Beginn der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem auf der Versicherungspolice bestätigten Datum.

4.3 Dauer der Versicherung

4.3.1 Im Allgemeinen

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

4.3.2 Längere Versicherungsdauer

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

4.3.3 Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses

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

4.3.4 Verlängerung der Versicherung

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

4.4 Änderung der Versicherung

4.4.1 Änderung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer

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

Bei Herabsetzung der Versicherungsdeckung gelten die Bestimmungen über die Kündigung.

4.4.2 Änderung durch den Versicherer

Treten nach Versicherungsabschluss in den Rahmenbedingungen für die Versicherung der finanziellen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall weitreichende Veränderungen ein, wie z.B. die Erhöhung der Anzahl von Medizinalpersonen oder neue Kategorien von Medizinalpersonen, der

Ausbau des medizinischen Leistungsangebots, die Einführung neuer kostenintensiver Therapieformen oder Medikamente und ähnliche Entwicklungen, oder Änderungen in der Gesetzgebung über die Sozialversicherung, so ist der Versicherer berechtigt, die Versicherungsbestimmungen anzupassen.

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

4.5 Sistierung der Versicherung

4.5.1 Voraussetzung

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

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

4.5.2 Dauer und Umfang der Sistierung

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

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

Bei Auslandsaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

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

5 Beendigung der Versicherung

5.1 Kündigung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer

5.1.1 Ordentliche Kündigung

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

5.1.2 Kündigung im Schadenfall

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

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

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

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

5.2 Kündigungserzicht durch den Versicherer

Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf sein gesetzliches Recht, auf Vertragsablauf zu kündigen oder im Schadenfall vom Vertrag zurückzutreten. Ausgenommen bleibt das Kündigungsrecht bei Kollektivverträgen. Ebenso vorbehalten bleibt der Rücktritt vom Vertrag wegen vertragswidrigen Verhaltens.

5.3 Übrige Beendigungsgründe

Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

- a) bei Tod der versicherten Person,
- b) bei Wegzug ins Ausland (ausser bei Grenzgängerinnen und Grenzgängern oder bei Abschluss einer *mondial*),
- c) bei Erreichen der für den Versicherungsschutz gesetzten Altersgrenze,
- d) bei endgültiger Erschöpfung der Bezugsrechte für sämtliche Leistungen in einer Versicherungsabteilung,
- e) wenn der Vertrag nach Erreichen der maximalen Versicherungsdauer in *mondial* oder bei Sistierung nicht verlängert wird,
- f) in den gesetzlich vorgesehenen Fällen, insbesondere bei ausstehender Prämie, bei Täuschung oder bei wesentlicher Gefahrserhöhung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person.

6 Leistungen

6.1 Begriffsdefinitionen

6.1.1 Krankheit

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

6.1.2 Unfall

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

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

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

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

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

6.1.3 Mutterschaft

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

6.2 Leistungsbereich

6.2.1 Örtlicher Leistungsbereich

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

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

6.2.2 Zeitlicher Leistungsbereich

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

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

6.3 Versicherte Leistungen

6.3.1 Leistungsumfang

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

6.3.2 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

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

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

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

6.3.3 Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen

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

6.4 Leistungsbeschränkungen

6.4.1 Vorbestehende Krankheiten und Unfälle

Bei einer Höherversicherung erfolgt in der neuen Versiche-

rungsabteilung oder Klasse keine Beschränkung für diejenigen Leistungen, die bereits in der bisherigen Versicherungsabteilung gedeckt waren.

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

Die Deckungseinschränkung wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt.

6.4.2 Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

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

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

6.4.3 Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden:

- a) bei verschuldeter Verletzung der Pflichten durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person,
- b) bei grob fahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls, insbesondere infolge Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten oder anderer Drogen,

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

7 Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

7.1 Meldepflicht

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

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

7.2 Schadenminderung

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

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

7.3 Auskunftspflicht

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

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

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

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

8 Prämien und Zahlungen

8.1 Prämienfestsetzung

8.1.1 Im Allgemeinen

Die Prämien werden in einem Prämientarif pro Versicherungsabteilung festgesetzt.

8.1.2 Prämienhöhe

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

Prämienänderungen infolge Wechsels der Risikogruppe erfolgen automatisch.

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

Für sistierte Versicherungen wird eine reduzierte Prämie erhoben.

8.1.3 Familienrabatt

Für Familien können Prämienrabatte festgelegt werden, insbesondere für die Kinder bis 18, bei Abschluss einer Versicherung für die Dauer von mindestens drei vollen Kalenderjahren oder wenn sich Frau und Mann gleichwertig versichern.

Voraussetzung für die Gewährung eines Rabattes an Kinder ist:

- bei einer Versicherungsdauer von mindestens drei vollen Kalenderjahren:
dass ein Elternteil beim selben Versicherer mindestens gleichwertig wie das Kind versichert ist und mit ihm im selben Haushalt lebt,
- für Prämienbefreiung ab 3. Kind:
dass die zwei ältesten, im gleichen Haushalt lebenden Geschwister bis 25 mindestens gleichwertig beim selben Versicherer versichert sind.

8.2 Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung

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

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

Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

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.

Beginnt oder erlischt die Versicherung im Verlaufe eines Kalendermonats, ist die Prämie für den ganzen Monat geschuldet.

8.3.2 Zahlungsverzug

Wird die Prämienzahlungspflicht oder die Pflicht zur Bezahlung der Kostenbeteiligung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer auch innert Nachfrist von 30 Tagen nicht erfüllt, so erfolgt eine schriftliche Mahnung, die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen innert einer Frist von 14 Tagen zu bezahlen. Die Mahnung macht die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam.

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

Erfolgt trotz Mahnung keine Zahlung, ruht die Leistungspflicht für Behandlungen oder Erwerbsausfälle, die vom Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Bezahlung der ausstehenden Beträge samt Zinsen und Verwaltungskosten stattfinden.

Für Krankheiten und Unfälle und deren Folgen, die während des Ruhens der Leistungspflicht auftreten, besteht keinerlei Versicherungsdeckung, auch nicht bei nachträglicher Bezahlung der ausstehenden Beträge.

Der Versicherer kann ab Ablauf der Mahnfrist vom Vertrag zurücktreten. Wird die ausstehende Prämie nicht innert zweier Monate nach Ablauf der Mahnfrist rechtlich eingefordert, erlischt der Vertrag.

8.4 Überschussbeteiligung

8.4.1 Grundsatz

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

8.4.2 Voraussetzung

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

8.4.3 Auszahlung

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

8.5 Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

8.5.1 Grundsatz

In der Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt wird bei Leistungsfreiheit ein Prämienrabatt gewährt.

8.5.2 Abteilungen mit Leistungsfreiheitsrabatt

In den kombi Abteilungen, ausgenommen jenen mit wählbarer Franchise, wird eine Variante mit Leistungsfreiheitsrabatt geführt.

8.5.3 Beobachtungsperiode

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

8.5.4 Rabattstufen

In den Versicherungsabteilungen kombi und salto mit Leistungsfreiheitsrabatt werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Rabattstufe LFR kombi/salto	Prämie LFR kombi/salto
0	Prämie ordentliche kombi/salto +20%
1	Prämie ordentliche kombi/salto
2	Prämie ordentliche kombi/salto -30%

Die Prämie kombi bzw. salto mit Leistungsfreiheitsrabatt ist auf der Versicherungspolice aufgeführt. Die Festsetzung der drei Rabattstufen kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

8.5.5 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

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

8.5.6 Stufenanpassung bei Leistungsbezug

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

8.5.7 Mutterschaftsleistungen

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

8.5.8 Höherversicherung

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

8.6 Sonstige Zahlungsbestimmungen

8.6.1 Verrechnung

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

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

8.6.2 Verpfändung und Abtretung

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

8.6.3 Leistungsauszahlung

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

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

Honorarvereinbarungen zwischen 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.

8.6.4 Verjährung

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

9 Leistungen Dritter

9.1 Subsidiarität

9.1.1 Im Allgemeinen

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

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

9.1.2 Leistungen der öffentlichen Hand

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

9.1.3 Mehrfachversicherung

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

9.1.4 Leistungsverzicht

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

9.2 Sozialversicherungen

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

9.3 Vorleistungen und Regress

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

9.4 Überversicherung

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

10 Datenschutz

Die Verarbeitung der Daten von versicherten Personen richtet sich nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Datenschutz vom 19. Juni 1992.

Wird die Datenverarbeitung einem Dritten übertragen, sorgt der Versicherer dafür, dass die Daten nur so verarbeitet werden, wie er es selbst tun dürfte.

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

Dritten gibt der Versicherer nur dann Daten weiter, wenn die Weitergabe in direktem Zusammenhang mit der Durchführung des Vertrages steht. In anderen Fällen gibt der Versicherer nur mit Einwilligung der versicherten Person Auskunft.

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

11 Mitteilungen

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

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

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

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

12 Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus Versicherungen gemäss diesen AVB und allfälligen besonderen Bestimmungen steht der klagenden Person wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnort, am Geschäftssitz des Versicherers oder dem der Kasse offen.

13 Inkraftsetzung

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen und weitere Versicherungen nach VVG (AVB) treten am 1. Januar 2008 in Kraft. Sie ersetzen alle bisherigen Versicherungsbestimmungen.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung	5	Zahnärztliche Behandlung
1.1	Zweck	5.1	Weisheitszähne
1.2	Versicherungsträger	5.2	Leistungen für Kinder und Jugendliche
1.3	Versicherte Personen	5.3	Leistungen des Gemeinwesens
1.4	Leistungsvoraussetzung	5.4	Leistungserbringer und Tarif
1.5	Leistungen im Ausland	5.5	Behandlung im Ausland
2	Ärztliche Behandlung	6	Alternativmedizin
2.1	Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes	6.1	Ärztliche Behandlung
2.2	Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung	6.2	Erfahrungsmedizinische Methoden
2.3	Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten ohne KVG-Unterstellung	6.3	Alternative Therapeuten und Heilmethoden
2.4	Ärztliche Behandlung im Ausland	6.4	Zusätzliche Leistungen privat zusatz
2.4.1	Wahlbehandlung	6.5	Natürliche Heilmittel
2.4.2	Notfallbehandlung	6.6	Maximaler Leistungsbezug
2.5	Leistungsdauer	6.7	Leistungsvoraussetzung
3	Prävention	7	Nichtpflichtmedikamente
3.1	Impfungen	8	Thermalbäder
3.2	Check-up-Untersuchung	9	Psychotherapeutische Behandlung
3.3	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung	9.1	Leistungsumfang
3.4	Mutterschaft	9.2	Leistungsvoraussetzung
3.4.1	Geburtsvorbereitung	9.3	Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung
3.4.2	Stillgeld	10	Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Fahrtspesen
3.5	Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten	10.1	Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
3.6	Weitere Präventivmassnahmen	10.1.1	Leistungsumfang
4	Hilfsmittel	10.1.2	Selbstbehalt
4.1	Sehhilfen	10.1.3	Suchaktionen
4.2	Übrige Hilfsmittel	10.1.4	Leistungen Dritter
		10.2	Fahrtspesen

11 casamed Variante

- 11.1 Allgemeines**
- 11.2 Allgemeine Leistungsvoraussetzung**
- 11.3 Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung**
- 11.4 Spezialleistungen**
- 11.5 Andere Fachpersonen**
- 11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente**
- 11.7 Weitere Leistungserbringer**
- 11.8 Notfälle**
- 11.9 Leistungsausschluss**
- 11.10 Leistungsabwicklung**
 - 11.10.1 Pauschalabrechnung
 - 11.10.2 Veranlasste Leistungen

12 Kostenbeteiligung

allgemeiner zusatz/privat zusatz

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

allgemeiner zusatz und privat zusatz erbringen Leistungen an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Kuren, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente und zahlen ein Stillgeld aus.

privat zusatz versichert ausserdem die nach KVG nicht gedeckten Kosten bei Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben. Im Weiteren erbringt er Beiträge an alternativmedizinische Leistungen im Ausland und an Fahrtspesen.

Die Leistungen werden in der Regel im Nachgang zu allen anderen Versicherungsabteilungen dieser AVB erbracht.

Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (basis) gehen denjenigen aus dieser Versicherungsabteilung vor.

1.2 Versicherungsträger

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

1.3 Versicherte Personen

allgemeiner zusatz können Personen ohne Altersbeschränkung abschliessen. privat zusatz kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

1.4 Leistungsvoraussetzung

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer anerkannt sind. Über die Anerkennung entsprechender Personen muss bei der Kasse Auskunft eingeholt werden.

1.5 Leistungen im Ausland

Die Leistungen aus privat zusatz werden – sofern im Einzelnen nicht anders geregelt – auch im Ausland ausgerichtet.

2 Ärztliche Behandlung

2.1 Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten Person erfolgen, sind im Nachgang zu den Leistungen aus basis gemäss am Behandlungsort gültigem KVG-Tarif voll gedeckt.

2.2 Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung

privat zusatz erbringt an Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss KVG-Tarif.

An psychotherapeutische Behandlungen werden maximal 50 Stunden vergütet.

2.3 Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten ohne KVG-Unterstellung

privat zusatz erbringt an ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspitalärztinnen und -ärzten, die sich

nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem Tarif.

An psychotherapeutische Behandlungen werden aus privat zusatz maximal 50 Stunden gemäss KVG-Tarif erbracht.

2.4 Ärztliche Behandlung im Ausland

2.4.1 Wahlbehandlung

Bei ärztlicher Behandlung im Ausland werden im privat zusatz die Kosten bis maximal zum doppelten KVG-Tarif am Wohnort der versicherten Person übernommen. Für global Versicherte besteht volle Kostendeckung entsprechend ortsüblichem Tarif.

An psychotherapeutische Behandlungen werden maximal 50 Stunden vergütet.

2.4.2 Notfallbehandlung

Bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus dem privat zusatz im Nachgang zu den Leistungen der basis die vollen Kosten gedeckt.

2.5 Leistungsdauer

Sofern die Bestimmungen von allgemeiner zusatz und privat zusatz nichts anderes vorsehen, werden die Leistungen zeitlich unbegrenzt ausgerichtet.

3 Prävention

3.1 Impfungen

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz dienen, werden 90% der effektiven Kosten, höchstens aber CHF 200.– pro Kalenderjahr, vergütet. Dabei werden keine Leistungen erbracht an Impfungen, die berufsbedingt vorgenommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten ist oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

3.2 Check-up-Untersuchung

An die ausgewiesenen Kosten einer Check-up-Untersuchung wird nach jeweils zwei aufeinanderfolgenden bezugsfreien Kalenderjahren aus basis ein Beitrag geleistet:

allgemeiner zusatz	90% der Kosten, maximal CHF 300.–
privat zusatz	90% der Kosten, maximal CHF 600.–

3.3 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Pro Kalenderjahr sind die Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zum KVG-Tarif versichert, sofern in diesem Kalenderjahr keine Leistungen aus basis erbracht werden.

3.4 Mutterschaft

3.4.1 Geburtsvorbereitung

An die ausgewiesenen Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses (inkl. Rückbildungsgymnastik) bei einer qualifizierten Fachperson werden maximal CHF 200.– pro Schwangerschaft entrichtet.

3.4.2 Stillgeld

Es besteht Anspruch auf ein Stillgeld von CHF 250.–. Das Stillgeld wird ausbezahlt, wenn die versicherte Mutter ihr Kind während zehn Wochen voll oder teilweise stillt. Der Nachweis ist auf dem Kassenstillgeldformular zu erbringen.

3.5 Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten

An die ausgewiesenen Kosten eines ärztlich verordneten, von qualifiziertem Personal durchgeführten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens (z.B. Raucherentwöhnung, Rückenschule, Ernährungsberatung) wird folgender Beitrag innert zweier Kalenderjahre geleistet:

allgemeiner zusatz 90% der Kosten, maximal CHF 300.–
privat zusatz 90% der Kosten, maximal CHF 500.–

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Kurse zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens. Die Liste der anerkannten Kurse wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

3.6 Weitere Präventivmassnahmen

An weitere anerkannte Präventivmassnahmen können Beiträge ausgerichtet werden.

4 Hilfsmittel

4.1 Sehhilfen

An die Kosten von zur Sehkorrektur benötigten Brillengläsern und Kontaktlinsen wird versicherten Personen ab 18 innerhalb von 5 Kalenderjahren folgender Beitrag bezahlt:

allgemeiner zusatz CHF 270.–
privat zusatz CHF 420.–

Kindern bis 18 wird folgender Beitrag jährlich entrichtet:

allgemeiner zusatz CHF 270.–
privat zusatz CHF 420.–

4.2 Übrige Hilfsmittel

An die Miet- oder Kaufpreise von anerkannten Hilfsmitteln, an die aus basis keine Leistungen erbracht werden, können bei medizinischer Indikation 50% der Kosten bis zu einem Maximalbetrag von insgesamt CHF 250.– pro Kalenderjahr vergütet werden. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel. Die Liste der anerkannten Hilfsmittel wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

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

5 Zahnärztliche Behandlung

5.1 Weisheitszähne

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

5.2 Leistungen für Kinder und Jugendliche

Für Kinder und Jugendliche bis zu 25 Jahren besteht folgender Leistungsanspruch:

- Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen bis maximal CHF 60.– pro Kalenderjahr, sofern nicht gleichzeitig eine zahnärztliche Behandlung (konservierend, prothetisch etc.) durchgeführt werden muss,
- Kosten für kieferorthopädische Behandlungen gemäss anerkanntem Tarif:
allgemeiner zusatz 70% der Kosten, maximal CHF 5 000.–
privat zusatz 70% der Kosten, maximal CHF 12 000.–

Diese Leistungen werden für Behandlungen nach einer Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren erbracht. Voraussetzung für die Leistung ist die Vorlage einer Diagnose der bestehenden Stellungsanomalie, der vorgesehenen Behandlungsmittel und eines Kostenvoranschlags.

Wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht, verzichtet der Versicherer auf eine Karenzfrist,

sofern mindestens ein Elternteil auch beim selben Versicherer versichert ist. Bereits bezogene Leistungen von Vorversicherern werden an die oben erwähnten Leistungen angerechnet.

5.3 Leistungen des Gemeinwesens

Die Leistungen werden im Nachgang zu eventuellen Leistungen der Kantone und Gemeinden gemäss deren Gesetzgebung über die öffentliche Zahnpflege erbracht. Die Beiträge der Kantone und Gemeinden werden an die Leistungen dieser Versicherungsabteilung angerechnet.

5.4 Leistungserbringer und Tarif

Die Vergütung erfolgt nach Massgabe des für zahnärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarifs. Wendet die Zahnärztin oder der Zahnarzt einen höheren Tarif als denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an, geht die Differenz zulasten der versicherten Person.

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

5.5 Behandlung im Ausland

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

6 Alternativmedizin

6.1 Ärztliche Behandlung

Der Versicherer vergütet aus **allgemeiner zusatz** und im **privat zusatz** 90% der Kosten für die ärztliche Behandlung folgender Methoden der Alternativmedizin:

- anthroposophische Medizin,
- chinesische Medizin,
- Homöopathie,
- Neuraltherapie,
- Phytotherapie.

Voraussetzung ist eine anerkannte Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte in der entsprechenden Methode.

6.2 Erfahrungsmedizinische Methoden

Bei medizinischer Indikation werden die Kosten erfahrungsmedizinischer – von einer Ärztin oder einem Arzt durchgeführter – Methoden übernommen. Der Versicherer legt die anerkannten Methoden und Leistungslimiten in einer Liste fest.

6.3 Alternative Therapeuten und Heilmethoden

Die Kasse entrichtet Beiträge im Bereich Alternativmedizin, wenn sowohl die Therapiemethode als auch die durchführende Therapeutin resp. der Therapeut oder die Naturärztin resp. der Naturarzt von der Kasse anerkannt ist. Folgende Beiträge werden ausgerichtet:

allgemeiner zusatz bis maximal CHF 70.– pro Therapiestunde (60 Minuten)
privat zusatz bis maximal CHF 100.– pro Therapiestunde (60 Minuten)

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Therapieformen und Therapeutinnen bzw. Therapeuten. Die Listen der anerkannten Therapieformen und Therapeutinnen bzw.

Therapeuten werden laufend angepasst oder ergänzt und können jederzeit bei der Kasse eingesehen werden.

Keine Kosten werden übernommen für Therapieformen sowie Behandlungen von Therapeutinnen und Therapeuten, die in der Negativliste (NL) des Versicherers enthalten sind.

Die Kasse legt gemäss medizinischer Notwendigkeit die Anzahl Stunden fest, an die Beiträge entrichtet werden.

6.4 Zusätzliche Leistungen privat zusatz

An die ausgewiesenen Kosten weiterer, durch qualifizierte Personen vorgenommener Behandlungen wird aus dem privat zusatz ein Beitrag von maximal CHF 50.– pro Therapiestunde (60 Minuten) und max. CHF 1 000.– pro Kalenderjahr erbracht.

Alternativmedizinische Behandlungen, die in einem Nachbarland der Schweiz erbracht werden, sind gemäss den vorstehenden Bestimmungen bis maximal zu dem am Behandlungs-ort üblichen Tarif gedeckt.

6.5 Natürliche Heilmittel

Die Kasse erbringt 90% der Kosten phytotherapeutischer, homöopathischer und anthroposophischer Heilmittel sowie von Oligosolen, soweit diese nicht aus basis gedeckt sind und nicht in der Negativliste (NL) des Versicherers enthalten sind.

6.6 Maximaler Leistungsbezug

Die Leistungen im Bereich Alternativmedizin sind eingeschränkt durch die:

- Beitragshöhe pro Therapiestunde,
- Anzahl Therapiestunden,
- Liste der von der Kasse anerkannten alternativen Therapiemethoden,
- Liste der von der Kasse anerkannten Therapeutinnen und Therapeuten resp. Naturärztinnen und Naturärzte,
- Kostenbeteiligung bei ärztlicher Behandlung und natürlichen Heilmitteln,
- zeitliche Begrenzung (pro Kalenderjahr).

Für Therapieformen mit betraglichen Limiten wird kein zusätzlicher Selbstbehalt erhoben.

Die Gesamtlimiten im Bereich Alternativmedizin betragen maximal:

allgemeiner zusatz CHF 3 000.– pro Kalenderjahr
privat zusatz CHF 6 000.– pro Kalenderjahr

6.7 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach vorgängiger Antragstellung an die Kasse erbracht. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Ärzten und Therapeuten. Leistungen können davon abhängig gemacht werden, dass nicht gleichzeitig eine Parallelbehandlung erfolgt.

7 Nichtpflichtmedikamente

Die Kosten für Medikamente, die weder in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) noch in der Spezialitätenliste (SL) gemäss KVG noch in der Negativliste (NL) des Versicherers enthalten sind, werden pro Kalenderjahr wie folgt übernommen:

allgemeiner zusatz 50%, bis maximal CHF 2 500.–
privat zusatz 90%, bis maximal CHF 5 000.–

8 Thermalbäder

An ärztlich verordnete Besuche von Thermalbädern wird pro Kalenderjahr ein Beitrag von 50% an die Kosten von maximal 12 Eintritten erbracht.

9 Psychotherapeutische Behandlung

9.1 Leistungsumfang

Die Versicherung erbringt bei der Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nicht ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbstständigen Praxisführung sind, Leistungen bis zu 100 Behandlungsstunden. An die ersten 50 Stunden vergütet sie dabei einen maximalen Anteil von CHF 60.–, an die weiteren CHF 50.–.

9.2 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach Bewilligung des Kostengutsprachegesuches durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt der Kasse erbracht. Nach Ablauf der von der Kasse bewilligten Anzahl Therapiestunden, spätestens jedoch nach Ablauf der ersten 50 Therapiestunden, hat die Therapeutin oder der Therapeut der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt erneut über Therapieverlauf und Therapieplanung zu berichten.

Keine Leistungen werden erbracht bei Psychotherapien, welche zum Zwecke der Selbstverwirklichung, der Persönlichkeitsentwicklung oder zu Lernzwecken erfolgen. Im Weiteren werden keine Leistungen an eine Parallelbehandlung bei einer anderen Psychologin oder einem anderen Psychologen resp. Psychiaterin oder Psychiater erbracht.

9.3 Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Diese psychotherapeutischen Leistungen werden aus dieser Versicherungsabteilung nur so lange erbracht, bis sie als obligatorische Leistungen aus basis gedeckt werden.

10 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Fahrtspesen

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

10.1.1 Leistungsumfang

An die Kosten:

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
- des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung,
- für Rettungs- und Bergungsaktionen wird ein Beitrag bis insgesamt CHF 15 000.– pro Kalenderjahr geleistet.

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

10.1.2 Selbstbehalt

Pro Fall hat die versicherte Person CHF 100.– als Selbstbehalt zu tragen.

10.1.3 Suchaktionen

Zusätzlich zu den Kosten der Rettung oder der Bergung einer versicherten Person werden Kosten für Suchaktionen bis maximal CHF 20 000.– pro Kalenderjahr übernommen.

10.1.4 Leistungen Dritter

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

10.2 Fahrtspesen

allgemeiner zusatz und **privat zusatz** decken 90% der Kosten, welche während einer regelmässigen ärztlichen Behandlung ausserhalb des Wohnortes für die Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel zwischen Wohn- und Behandlungsort anfallen. Leistungsvoraussetzung ist, dass die Behandlung am Wohnort oder in der näheren Umgebung nicht erbracht werden kann. Pro Kalenderjahr werden maximal CHF 100.– übernommen.

privat zusatz deckt 90% der Taxikosten, die für die während einer ambulanten Behandlung erforderlichen Transporte zwischen Wohn- und Behandlungsort anfallen. Leistungsvoraussetzung ist, dass es der versicherten Person aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, das öffentliche Verkehrsmittel oder ihr Privatfahrzeug zu benützen. Pro Kalenderjahr werden maximal CHF 400.– übernommen.

11 casamed Variante

11.1 Allgemeines

Für versicherte Personen, die bei der Kasse in basis in der Variante casamed versichert sind, gelten die folgenden zusätzlichen Bestimmungen.

11.2 Allgemeine Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen aus **allgemeiner zusatz** und **privat zusatz** werden erbracht, wenn sie nach dem Hausarztprinzip erfolgt sind. Leistungen müssen von der casamed Hausärztin oder vom casamed Hausarzt, bei welcher/welchem die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können von der Kasse als casamed Hausärzte anerkannt werden.

11.3 Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung

An Behandlungen bei Ärztinnen und Ärzten (inkl. Spitalärztinnen/-ärzten), die sich nicht dem KVG unterstellt haben, sowie bei ärztlicher Wahlbehandlung im Ausland werden aus der casamed Variante des **privat zusatz** keine Leistungen erbracht.

11.4 Spezialleistungen

Die Kosten für Geburtsvorbereitung, Stillgelder, Transport-, Such-, Rettungs- und Bergungskosten sowie bei zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen werden ohne Beizug der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes resp. ohne Konsultation der telemedizinischen Institution vergütet.

11.5 Andere Fachpersonen

Die Kasse kann anstelle der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes andere Fachpersonen bezeichnen, welche die Leistungen, die aus **allgemeiner zusatz** und **privat zusatz** gedeckt sind, erbringen, verordnen oder veranlassen können.

11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente

Der Versicherer kann die casamed Hausärztinnen oder casamed Hausärzte oder die bezeichneten Fachpersonen

ermächtigen, andere als die aus **allgemeiner zusatz** und im **privat zusatz** aufgezählten Präventivmassnahmen, alternativmedizinischen Leistungen oder Nichtpflichtmedikamente zu erbringen, zu verordnen oder zu veranlassen.

11.7 Weitere Leistungserbringer

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann der Versicherer weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Therapeutinnen oder Therapeuten, Sanitätsfachgeschäfte oder ähnliche Leistungserbringer bezeichnen, denen die medizinische Betreuung oder Versorgung von casamed Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.8 Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen von **allgemeiner zusatz** und **privat zusatz** gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

11.9 Leistungsausschluss

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

11.10 Leistungsabwicklung

11.10.1 Pauschalabrechnung

Der Versicherer oder die Kasse kann mit casamed Hausärztinnen oder casamed Hausärzten vereinbaren, dass die Leistungen von **allgemeiner zusatz** und **privat zusatz** pauschalisiert abgegolten werden.

11.10.2 Veranlasste Leistungen

Bei veranlassten Leistungen kann die Kasse vor der Leistungsvergütung von der versicherten Person oder von der casamed Hausärztin bzw. vom casamed Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

Will ein Leistungserbringer, an welchen die versicherte Person durch den casamed Hausarzt überwiesen wurde, eine weitere Überweisung vornehmen, ist das Einverständnis des zuständigen casamed Hausarztes einzuholen.

Die Kasse oder casamed Kooperationspartner können den Leistungserbringern elektronische Hilfsmittel zur Verfügung stellen. Diese dienen einer raschen und sicheren Kommunikation zwischen den Leistungserbringern sowie optimaler Leistungskoordination und -prüfung.

Die Kasse stellt sicher, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.

12 Kostenbeteiligung

Auf die Leistungen aus dieser Versicherungsabteilung wird, sofern sie nicht limitiert sind oder im Einzelnen nichts anderes bestimmt ist, ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

Bei ärztlicher Wahlbehandlung im Ausland (**privat zusatz**) wird für versicherte Personen ab 18 Jahren eine Jahresfranchise im Umfang der ordentlichen Franchise gemäss KVG erhoben.

Bei alternativmedizinischer Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte kann für versicherte Personen ab 18 Jahren eine Jahresfranchise im Umfang der ordentlichen Franchise gemäss KVG erhoben werden.

Inhaltsverzeichnis

1 Grundlagen der Versicherung

- 1.1 Zweck**
- 1.2 Versicherungsträger**
- 1.3 Versicherungsabschluss**
- 1.4 Leistungsvoraussetzung**
 - 1.4.1 Allgemeines
 - 1.4.2 Akutspital
 - 1.4.3 Behandlung in anderen Spitälern
 - 1.4.4 Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung
- 1.5 Unfalldeckung**
- 1.6 Versicherungsmöglichkeiten**
 - 1.6.1 Leistungsstufen
 - 1.6.2 Spitäler mit anerkanntem Tarif
 - 1.6.3 Vertragsspitäler bei kombi komfort
 - 1.6.4 Fehlende Kriterien, Maximaltarife
 - 1.6.5 Einteilung der Spitäler

2 Stationäre Behandlung

- 2.1 Akutbehandlung**
 - 2.1.1 Leistungsvoraussetzung
 - 2.1.2 Leistungsumfang
 - 2.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung
 - 2.1.4 Behandlung in einem Nichtlistenspital
 - 2.1.5 Behandlung in einem Nichtvertragsspital
- 2.2 Langzeitbehandlung**
 - 2.2.1 Definition
 - 2.2.2 Leistungsumfang
- 2.3 Stationäre Rehabilitation**
- 2.4 Psychiatrische Kliniken**
- 2.5 Leistungen im Ausland**
 - 2.5.1 Bei Notfällen
 - 2.5.2 Wahlbehandlung im Ausland
 - 2.5.3 Vorgehen bei Spitalaufenthalt

3 Kuren

- 3.1 Erholungskuren**
- 3.2 Badekuren**
- 3.3 Andere Kuren**
- 3.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt**

4 Besondere Leistungen

- 4.1 Spitex**
 - 4.1.1 Grundsatz
 - 4.1.2 Leistungsumfang
 - 4.1.3 Leistungserbringer
- 4.2 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen**
- 4.3 Teilstationäre Behandlung**
- 4.4 Kinderhütedienst**
 - 4.4.1 Grundsatz
 - 4.4.2 Leistungsvoraussetzungen
 - 4.4.3 Leistungsumfang
- 4.5 Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen in der kombi privat unfall**
 - 4.5.1 Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung
 - 4.5.2 Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten ohne KVG-Unterstellung
 - 4.5.3 Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland

5 Mutterschaft

- 5.1 Kosten der stationären Behandlung**
- 5.2 Geburt in Geburtshaus**
- 5.3 Haushalthilfe nach Geburt**
 - 5.3.1 Grundsatz
 - 5.3.2 Geburt im Spital
 - 5.3.3 Hausgeburt
- 5.4 Rooming-in**
- 5.5 kombi privat unfall**

6 Unfallzusatz

7 casamed Variante

- 7.1 Allgemeines**
- 7.2 Leistungsstufen**
- 7.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzung**
- 7.4 Spitalwahl**
- 7.5 Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte**
- 7.6 Notfälle**
- 7.7 Leistungsausschluss**

8 Wählbare Franchise in kombi halbprivat, privat und global

8.1 Allgemeines

8.2 Wechsel/Kündigung der Franchise

8.3 Franchisehöhe

9 Kostenbeteiligung in der kombi flex

9.1 Umfang der Kostenbeteiligung

9.2 Maximale Kostenbeteiligung für Familien

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

Die **kombi** Versicherung bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen im Akutspital bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Sie erbringt im Weiteren Beiträge an Kuren, Langzeitbehandlung, spitalexterne Haushalthilfe (Spitex) und Transportkosten.

Die **kombi privat unfall** Versicherung bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen in der Privatabteilung eines Akutspitals bei Unfall. Sie erbringt im Weiteren Beiträge an Kuren, spitalexterne Haushalthilfe (Spitex) und Transportkosten.

Die Leistungen von **kombi** werden in Ergänzung zu den Pflichtleistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG (*basis*) erbracht. Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch die *basis* oder eine andere obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt ist. Bestehende Spitaltaggeld- und/oder Spitalbehandlungskosten-Versicherungen beim selben Versicherer gehen den Leistungen von **kombi** vor.

1.2 Versicherungsträger

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

1.3 Versicherungsabschluss

kombi kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

kombi privat unfall kann nur zusammen mit einer der folgenden Versicherungsabteilungen abgeschlossen bzw. geführt werden:

- **allgemeiner zusatz**,
- **privat zusatz**.

1.4 Leistungsvoraussetzung

1.4.1 Allgemeines

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

1.4.2 Akutspital

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

1.4.3 Behandlung in anderen Spitälern

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

1.4.4 Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung

Der Wohnkanton übernimmt gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 41/3 KVG) die Mehrkosten einer medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation.

1.5 Unfalldeckung

In der **kombi** Versicherung (ausgenommen **kombi privat unfall**) kann die Unfalldeckung ausgeschlossen werden. **kombi privat unfall** Versicherung bezweckt die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen in der Privatabteilung eines Akutspitals bei Unfall.

1.6 Versicherungsmöglichkeiten

1.6.1 Leistungsstufen

In **kombi** werden folgende Leistungsstufen geführt:

kombi allgemein: allgemeine Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Mehrbettzimmer).

kombi halbprivat: halbprivate Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Zweibettzimmer).

kombi privat: private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz (Einbettzimmer).

kombi privat unfall:

- **notfallmässige Behandlung bei Unfall**: private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Welt,
- **Behandlung von Unfallfolgen**: private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz bei Unfall.

kombi global: private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Welt (Einbettzimmer).

kombi flex: allgemeine oder halbprivate Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz nach Wahl oder private Abteilung eines Akutspitals in der ganzen Schweiz nach Wahl; mit entsprechender Kostenbeteiligung.

kombi komfort: medizinische Akutbehandlung und -betreuung in komfort Vertragsspital analog **kombi allgemein** (allgemeine Abteilung). Aufenthaltskosten sind je nach versicherter Deckung im Einbett- oder Zweibettzimmer gedeckt.

Die Leistungsstufe **kombi komfort** kann auf versicherte Personen mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden.

1.6.2 Spitaler mit anerkanntem Tarif

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

1.6.3 Vertragsspitaler bei kombi komfort

Als Vertragsspital gelten Spitaler, mit welchen der Versicherer entsprechende Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat. Die Kasse führt eine Liste dieser Vertragsspitaler. Sie wird laufend angepasst und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

1.6.4 Fehlende Kriterien, Maximaltarife

Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Bestimmungen genannten, so werden diese versicherungsmssig 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 Spitals mit anerkanntem Tarif.

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

1.6.5 Einteilung der Spitäler

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

2 Stationäre Behandlung

2.1 Akutbehandlung

2.1.1 Leistungsvoraussetzung

kombi erbringt stationäre Leistungen, soweit und solange die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne der basis ist.

2.1.2 Leistungsumfang

kombi übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der basis die Kosten bei Spitalaufenthalten für diejenige Abteilung, welche gemäss gewählter Versicherungsstufe versichert ist.

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

2.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

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

kombi allgemein: Die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, wird aus kombi eine Pauschale von CHF 30.– pro Tag ausgerichtet.

kombi halbprivat: Die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese nicht ermitteln, wird aus kombi eine Pauschale von CHF 120.– pro Tag ausgerichtet.

kombi komfort: Den versicherten Personen, die in kombi komfort eine Deckung im Zweibettzimmer abgeschlossen haben, werden bei Aufenthalt in einem Einbettzimmer eines komfort Vertragsspitals diejenigen Leistungen vergütet, die ihrer Versicherungsdeckung entsprechen.

Erfolgen Behandlung und Aufenthalt von kombi komfort Versicherten in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines komfort Vertragsspitals, so werden ebenfalls diejenigen Leistungen vergütet, die ihrer Versicherungsdeckung entsprechen.

2.1.4 Behandlung in einem Nichtlistenspital

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

kombi allgemein/komfort	eine Pauschale von CHF 30.– pro Tag
kombi halbprivat/flex/ privat/privat unfall	die Mehrkosten, die bei Aufenthalt in einem Referenzspital im Wohnkanton im Vergleich zwischen der allgemeinen und der versicherten Abteilung entstanden wären
global	volle Kostendeckung

2.1.5 Behandlung in einem Nichtvertragsspital

Erfolgt die Behandlung von kombi komfort Versicherten in einem Spital, welches nicht auf der von der Kasse geführten Liste der komfort Vertragsspitäler aufgeführt ist, so sind die Leistungen höchstens gemäss allgemeiner Abteilung bzw. Referenztarif eines komfort Vertragsspitals im Wohnkanton gedeckt.

2.2 Langzeitbehandlung

2.2.1 Definition

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

2.2.2 Leistungsumfang

kombi richtet folgende Tagespauschalen aus, wenn

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

	1. bis 90. Tag	91. bis 180. Tag
kombi halbprivat/flex	CHF 50.–	CHF 25.–
kombi privat/privat unfall	CHF 70.–	CHF 35.–
kombi global	CHF 90.–	CHF 45.–

Diese Leistungen werden bei Behandlung in der versicherten Abteilung während dreier Kalenderjahre einmal ausgerichtet. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der versicherten Abteilung, richten sich die Leistungen nach der kombi Variante für diejenige Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.3 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einem vom Versicherten anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, gewährt kombi für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen. Danach richtet sie unter Anrechnung der vorangegangenen Aufenthaltsdauer die Leistungen für Langzeitbehandlungen aus.

Die anerkannten Sanatorien oder Rehabilitationsanstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit bei der Kasse eingesehen werden kann.

2.4 Psychiatrische Kliniken

Bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, einer psychiatrischen Behandlung in einem Akutspital oder einer Spezialklinik übernimmt die kombi die volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen während 90 Tagen. Aus kombi privat unfall werden keine Leistungen entrichtet.

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

Ab 91. bis 180. Tag	
kombi allgemein/komfort	CHF 20.-
kombi halbprivat/flex	CHF 50.-
kombi privat	CHF 70.-
kombi global	CHF 90.-

Diese Leistungen werden während dreier Kalenderjahre einmal erbracht. Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der versicherten Abteilung, richten sich die Leistungen nach der kombi Variante für diejenige Abteilung, in welcher die Behandlung erfolgt.

2.5 Leistungen im Ausland

2.5.1 Bei Notfällen

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

2.5.2 Wahlbehandlung im Ausland

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

Bei den übrigen Leistungsstufen werden die gleichen Leistungen wie bei Behandlung in einem Nichtlistenspital erbracht.

2.5.3 Vorgehen bei Spitalaufenthalt

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

3 Kuren

3.1 Erholungskuren

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

An ärztlich verordnete Erholungskuren im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als Akutpatientin oder Akutpatient vergütet kombi während maximal 21 Tagen pro Fall folgende Leistungen:

kombi allgemein/komfort	CHF 40.-/Tag
kombi halbprivat/flex	CHF 70.-/Tag
kombi privat/privat unfall	CHF 90.-/Tag
kombi global	CHF 110.-/Tag

3.2 Badekuren

kombi erbringt während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen:

kombi allgemein/komfort	CHF 10.-/Tag
kombi halbprivat/flex	CHF 20.-/Tag
kombi privat/privat unfall	CHF 30.-/Tag
kombi global	CHF 40.-/Tag

Es besteht die freie Wahl unter den von der Kasse anerkannten ärztlich geleiteten Heilbädern. Die Liste der anerkannten Heil-

bäder wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

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

Die Kasse kann eine kurärztliche Eintrittsuntersuchung und eine Schlusskontrolle mit Schlussbericht an die einweisende Ärztin oder den einweisenden Arzt verlangen.

3.3 Andere Kuren

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

3.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt

Die ärztliche Verordnung für einen Kuraufenthalt ist der Kasse 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 von der Kurärztin oder vom Kurarzt ein Zeugnis vorliegt.

4 Besondere Leistungen

4.1 Spitex

4.1.1 Grundsatz

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

4.1.2 Leistungsumfang

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

Die Leistungen werden wie folgt erbracht:

kombi allgemein/komfort	bis CHF 20.-/Tag, max. CHF 280.-
kombi halbprivat/flex	bis CHF 35.-/Tag, max. CHF 490.-
kombi privat/privat unfall	bis CHF 45.-/Tag, max. CHF 630.-
kombi global	bis CHF 55.-/Tag, max. CHF 770.-

Ist die versicherte Person für die Betreuung von mindestens einem Kind verantwortlich, sind die doppelten Beiträge versichert.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

4.1.3 Leistungserbringer

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

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

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

4.2 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

An die Kosten:

- medizinisch notwendiger Notfalltransporte in das nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
- des Rücktransports in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung,
- für Rettungs- und Bergungsaktionen werden insgesamt folgende Beiträge aus kombi geleistet:

kombi allgemein/komfort	CHF 5 000.-/Kalenderjahr an den ungedeckten Betrag, der CHF 100.-/Fall übersteigt
kombi halbprivat/flex	CHF 15 000.-/Kalenderjahr
kombi privat/privat unfall	CHF 25 000.-/Kalenderjahr
kombi global	unbegrenzt

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

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.

4.3 Teilstationäre Behandlung

Kann eine in der Regel stationär durchgeführte Operation teilstationär erfolgen, übernimmt kombi auf Antrag die den Kassentarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG übersteigenden Kosten. Gedeckt ist in jedem Fall höchstens derjenige Arzttarif, der bei stationärer Behandlung der versicherten Person in der versicherten Abteilung erhoben worden wäre.

Die Gesamtkosten müssen für den Versicherer im Vergleich zur stationären Behandlung tiefer liegen.

4.4 Kinderhütendienst

4.4.1 Grundsatz

Die kombi Versicherung des versicherten Kindes entrichtet Beiträge für den von einer Sektion des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) durchgeführten Betreuungs- und Pflegedienst für Kinder bis zum vollendeten 12. Altersjahr.

Voraussetzung dafür ist eine vertragliche Regelung zwischen der Kasse und dem SRK.

4.4.2 Leistungsvoraussetzungen

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

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

4.4.3 Leistungsumfang

An den Betreuungs- und Pflegedienst entrichtet kombi des versicherten Kindes einen Beitrag von maximal CHF 30.- pro Stunde bis maximal CHF 600.- pro Kalenderjahr.

4.5 Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen in der kombi privat unfall

4.5.1 Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung

kombi privat unfall erbringt an Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss KVG-Tarif.

4.5.2 Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten ohne KVG-Unterstellung

kombi privat unfall erbringt an ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspitalärztinnen und -ärzten, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem Tarif.

4.5.3 Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland

Sofern die versicherte Person nicht über den privat zusatz gedeckt ist, werden bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland aus kombi privat unfall im Nachgang zu den Leistungen aus basis die vollen Kosten gedeckt.

5 Mutterschaft

5.1 Kosten der stationären Behandlung

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

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

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

5.2 Geburt in Geburtshaus

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

kombi allgemein/komfort	90% bis max. CHF 1 000.- pro Geburt
kombi halbprivat/flex	90% bis max. CHF 2 000.- pro Geburt
kombi privat/global	volle Kostendeckung

Für kombi flex Versicherte entfällt die zusätzliche Kostenbeteiligung gemäss den Bestimmungen von kombi flex.

5.3 Haushalthilfe nach Geburt

5.3.1 Grundsatz

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

Sie werden anstelle der ordentlichen Spitex-Leistungen von kombi ausgerichtet.

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

5.3.2 Geburt im Spital

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

kombi allgemein/komfort	bis CHF 40.-/Tag, max. CHF 560.-
kombi halbprivat/flex	bis CHF 70.-/Tag, max. CHF 980.-
kombi privat	bis CHF 90.-/Tag, max. CHF 1260.-
kombi global	bis CHF 110.-/Tag, max. CHF 1540.-

5.3.3 Hausgeburt

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

kombi allgemein/komfort	bis CHF 60.-/Tag, max. CHF 840.-
kombi halbprivat/flex	bis CHF 105.-/Tag, max. CHF 1470.-
kombi privat	bis CHF 135.-/Tag, max. CHF 1890.-
kombi global	bis CHF 165.-/Tag, max. CHF 2310.-

5.4 Rooming-in

Muss ein Kleinkind stationär behandelt werden, vergütet kombi aus der Versicherung des Kindes an den gleichzeitigen Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer des Kindes 50% der Kosten, maximal CHF 50.-/Tag.

Muss die Mutter stationär behandelt werden, vergütet kombi aus der Versicherung der Mutter an den gleichzeitigen Aufenthalt des Kleinkindes im Zimmer der Mutter 50% der Kosten, maximal CHF 50.-/Tag.

5.5 kombi privat unfall

Aus kombi privat unfall werden keine Leistungen bei Mutterschaft entrichtet (ausgenommen die Regelung betreffend Rooming-in).

6 Unfallzusatz

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

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

7 casamed Variante

7.1 Allgemeines

Für versicherte Personen, die bei der Kasse in der basis in der Variante casamed versichert sind, gelten in kombi die folgenden zusätzlichen Bestimmungen.

7.2 Leistungsstufen

Für casamed Versicherte werden die Leistungsstufen kombi allgemein, halbprivat, privat, privat unfall, flex und komfort geführt.

7.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen aus kombi allgemein, halbprivat, privat, flex und komfort werden erbracht, wenn sie nach dem Hausarztprinzip erfolgt sind. Leistungen müssen von der casamed Hausärztin oder vom casamed Hausarzt, bei welcher oder welchem die versicherte Person eingeschrieben ist, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können von der Kasse als casamed Hausärzte anerkannt werden.

7.4 Spitalwahl

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann die Kasse die Spitäler bezeichnen, denen die medizinische Betreuung von casamed Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

7.5 Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte

Für casamed Versicherte, die in Routinebehandlung bei Augen-, Frauen- und Kinderärztinnen oder -ärzten stehen, werden die von diesen Medizinalpersonen veranlassten ambulant oder stationär durchgeführten Operationen nach Beizug der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes übernommen.

7.6 Notfälle

Notfälle sind ungeachtet des gewählten Leistungserbringers im Rahmen von kombi allgemein, halbprivat, privat, privat unfall, flex und komfort gedeckt. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

7.7 Leistungsausschluss

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

8 Wählbare Franchise in kombi halbprivat, privat und global

8.1 Allgemeines

Gegen eine entsprechende Reduktion der Prämien in kombi halbprivat, privat und global können sich Erwachsene für eine Franchise bei Spitalbehandlungen entscheiden.

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

Die Franchise entfällt, wenn sich die versicherte Person in die allgemeine Abteilung (Mehrbettzimmer) eines schweizerischen Akutspitals mit anerkanntem Tarif begibt.

Die halbe Franchise entfällt, wenn sich die in kombi privat oder global versicherte Person in die halbprivate Abteilung (Zweibettzimmer) eines schweizerischen Akutspitals mit anerkanntem Tarif begibt.

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

8.2 Wechsel/Kündigung der Franchise

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

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

8.3 Franchisehöhe

In kombi halbprivat, privat und global stehen bei Spitalbehandlungen folgende Franchisehöhen zur Auswahl:

CHF 2 000.– pro Kalenderjahr

CHF 5 000.– pro Kalenderjahr

Die Franchise kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung der basis wird zusätzlich erhoben.

9 Kostenbeteiligung in der kombi flex

9.1 Umfang der Kostenbeteiligung

Mit kombi flex kann die versicherte Person die Abteilung vor dem Spitaleintritt selbst wählen. Mit der Wahl der entsprechenden Abteilung ist gleichzeitig die Kostenbeteiligung bestimmt.

Bei Spitalbehandlung wird auf die Leistungen von kombi flex je nach gewählter Abteilung folgende Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr erhoben:

Behandlung	Kostenbeteiligung für Leistungen aus der kombi flex
Allgemeine Abteilung	keine
Halbprivate Abteilung	15% bis max. CHF 1 500.– pro Kalenderjahr
Private Abteilung	25% bis max. CHF 4 500.– pro Kalenderjahr

Diese Kostenbeteiligung gilt auch bei Mutterschaft.

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

Die Kostenbeteiligung kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung der basis wird zusätzlich erhoben.

9.2 Maximale Kostenbeteiligung für Familien

Sind zwei oder mehrere Personen, die im gleichen Haushalt leben, kombi flex versichert, so können Kostenbeteiligungen, die den Betrag von CHF 4 500.– pro Kalenderjahr übersteigen, zurückgefordert werden.

Inhaltsverzeichnis

1 Grundlagen der Versicherung

- 1.1 Zweck**
- 1.2 Versicherungsträger**
- 1.3 Gemeinsame Bestimmungen**
- 1.4 Versicherte Personen**
- 1.5 Automatischer Übertritt in allgemeinen zusatz, kombi allgemein und tourist**
- 1.6 Vorzeitiger Übertritt in allgemeinen zusatz, kombi allgemein und tourist**
- 1.7 Leistungsvoraussetzung**
 - 1.7.1 Allgemeines
 - 1.7.2 Akutspital
 - 1.7.3 Behandlung in anderen Spitälern
 - 1.7.4 Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung
- 1.8 Stationäre Leistungsstufe und Spitaltarife**
 - 1.8.1 Leistungsstufe salto
 - 1.8.2 Spitäler mit anerkanntem Tarif
 - 1.8.3 Fehlende Kriterien, Maximaltarife
 - 1.8.4 Einteilung der Spitäler

2 Ambulante Behandlung

- 2.1 Ärztliche Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes**
- 2.2 Notfallbehandlung im Ausland**
- 2.3 Leistungsdauer**

3 Stationäre Behandlung

- 3.1 Akutbehandlung**
 - 3.1.1 Leistungsvoraussetzung
 - 3.1.2 Leistungsumfang
 - 3.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung
 - 3.1.4 Behandlung in einem Nichtlistenspital
- 3.2 Stationäre Rehabilitation**
- 3.3 Psychiatrische Kliniken**
- 3.4 Leistungen im Ausland bei Notfällen**
- 3.5 Teilstationäre Behandlung**

4 Mutterschaft

- 4.1 Kosten der stationären Behandlung**
- 4.2 Geburt in Geburtshaus**

5 Zusatzdienstleistungen im Ausland

- 5.1 Maximaldeckung**
- 5.2 Besuchsreise und Extrarückreise**
- 5.3 Kostenvorschuss an ein Spital**
- 5.4 Benachrichtigung von Personen zu Hause**
- 5.5 Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland**
- 5.6 Medizinische Beratung durch Ärzte**
- 5.7 Leistungsausschlüsse**
- 5.8 Pflichten im Schadenfall**
 - 5.8.1 Benachrichtigung der 24h Helpline
 - 5.8.2 Entbindung von der Schweigepflicht
 - 5.8.3 Geltendmachung des Anspruchs
 - 5.8.4 Anrechnung von Bahn- oder Flugtickets

6 Unfallzusatz**7 Prävention**

- 7.1 Impfungen**
- 7.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung**
- 7.3 Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten**
- 7.4 Weitere Präventivmassnahmen**

8 Hilfsmittel

- 8.1 Sehhilfen**
- 8.2 Übrige Hilfsmittel**

9 Zahnärztliche Behandlung / Weisheitszähne

- 9.1 Allgemeines**
- 9.2 Leistungserbringer und Tarif**
- 9.3 Behandlung im Ausland**

10 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

10.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

10.1.1 Leistungsumfang

10.1.2 Selbstbehalt

10.1.3 Leistungen Dritter

10.2 Suchaktionen

11 casamed Variante

11.1 Allgemeines

11.2 Allgemeine Leistungsvoraussetzung

11.3 Spezialleistungen

11.4 Spitalwahl

11.5 Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte

11.6 Andere Fachpersonen

11.7 Weitere Leistungserbringer

11.8 Notfälle

11.9 Leistungsausschluss

11.10 Leistungsabwicklung

11.10.1 Pauschalabrechnung

11.10.2 Veranlasste Leistungen

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

salto erbringt Leistungen an ambulanten und stationären Behandlungen sowie Notfällen im Ausland.

salto erbringt Leistungen an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Impfungen, Hilfsmittel, Weisheitszahnextraktionen, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen und an Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten.

salto bezweckt zudem die Übernahme ungedeckter Kosten für Behandlungen im Akutspital bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft.

Ausserdem erbringt salto Leistungen an die ungedeckten Kosten notfallmässiger Behandlungen im Ausland bei Krankheit, Unfall, frühzeitiger Geburt sowie Servicedienstleistungen während einer Ferien- oder Geschäftsreise bzw. eines auswärtigen Aufenthalts.

Die Leistungen von salto werden im Nachgang zu allen anderen bei dem Versicherer abgeschlossenen Versicherungsabteilungen nach VVG erbracht.

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

1.2 Versicherungsträger

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

1.3 Gemeinsame Bestimmungen

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

1.4 Versicherte Personen

salto kann ab Beginn des 19. Altersjahres bis zum vollendeten 30. Altersjahr abgeschlossen werden.

1.5 Automatischer Übertritt in allgemeiner zusatz, kombi allgemein und tourist

salto erlischt am 31. Dezember desjenigen Jahres, in welchem das 32. Altersjahr vollendet wird. Der automatische Übertritt in die Versicherungsabteilungen allgemeiner zusatz, kombi allgemein und tourist erfolgt per 1. Januar des darauf folgenden Jahres. Beim automatischen Übertritt ist keine neue Gesundheitsdeklaration erforderlich, wobei aber bestehende Deckungseinschränkungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen unverändert weitergeführt werden.

1.6 Vorzeitiger Übertritt in allgemeiner zusatz, kombi allgemein und tourist

Ein vorzeitiger Übertritt in die Versicherungsabteilungen allgemeiner zusatz, kombi allgemein und tourist ist jeweils ohne neue Gesundheitsdeklaration per 1. Januar eines Jahres möglich. Gleiches Übertrittsrecht gilt bei einem Wechsel in die

mondial Versicherung. Bei Schwangerschaft ist der Übertritt bzw. Wechsel unterjährig möglich. Bestehende Deckungseinschränkungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen werden unverändert weitergeführt.

1.7 Leistungsvoraussetzung

1.7.1 Allgemeines

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer anerkannt sind. Über die Anerkennung entsprechender Personen muss bei der Kasse Auskunft eingeholt werden.

Bei stationärer Behandlung werden Leistungen nur ausgerichtet, wenn die Behandlung in einem Akutspital erfolgt. Die Behandlung muss von Leistungserbringern durchgeführt werden, die dafür gemäss KVG anerkannt sind.

1.7.2 Akutspital

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

1.7.3 Behandlung in anderen Spitälern

Bei Behandlungen in anderen Spitälern sind Leistungen gemäss Ziffer 3.1.4 versichert.

1.7.4 Medizinisch bedingte ausserkantonale Behandlung

Der Wohnkanton übernimmt gemäss den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 41/3 KVG) die Mehrkosten einer medizinisch begründeten ausserkantonalen Hospitalisation.

1.8 Stationäre Leistungsstufe und Spitaltarife

1.8.1 Leistungsstufe salto

Folgende Leistungsstufe wird für salto geführt:

- allgemeine Abteilung eines Akutspitals mit anerkanntem Tarif in der ganzen Schweiz (Mehrbettzimmer).

1.8.2 Spitäler mit anerkanntem Tarif

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

1.8.3 Fehlende Kriterien, Maximaltarife

Kennt ein Spital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Bestimmungen 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 Spitals mit anerkanntem Tarif.

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

1.8.4 Einteilung der Spitäler

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

2 Ambulante Behandlung

2.1 Ärztliche Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten Person erfolgen, sind im Nachgang zu den Leistungen der basis gemäss am Behandlungsort gültigem KVG-Tarif voll gedeckt.

2.2 Notfallbehandlung im Ausland

Bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus salto im Nachgang zu den Leistungen der basis die vollen Kosten gedeckt.

2.3 Leistungsdauer

Sofern die Bestimmungen von salto nichts anderes vorsehen, werden die Leistungen zeitlich unbegrenzt ausgerichtet.

3 Stationäre Behandlung

3.1 Akutbehandlung

3.1.1 Leistungsvoraussetzung

salto erbringt stationäre Leistungen, soweit und solange die versicherte Person spitalbedürftig im Sinne der basis ist.

3.1.2 Leistungsumfang

salto übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der basis die Kosten bei Spitalaufenthalten gemäss versicherter Leistungsstufe.

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

3.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

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

- die Kosten, die in der versicherten Spitalabteilung entstanden wären. Lassen sich diese Kosten nicht ermitteln, wird aus salto eine Pauschale von CHF 30.-/Tag ausgerichtet.

3.1.4 Behandlung in einem Nichtlistenspital

Erfolgt die Behandlung in einem Spital, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, so ist höchstens eine Pauschale von CHF 30.-/Tag gedeckt.

3.2 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einem vom Versicherer anerkannten Mehrzwecksanatorium oder in einer medizinischen Rehabilitationsabteilung bzw. -klinik, gewährt salto für die ersten 60 Tage volle Kostendeckung gemäss den Bestimmungen für Akutbehandlungen.

Die anerkannten Sanatorien oder Rehabilitationsanstalten werden auf einer Liste aufgeführt, die jederzeit bei der Kasse eingesehen werden kann.

3.3 Psychiatrische Kliniken

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

Diese Leistungen werden während dreier Kalenderjahre einmal erbracht.

3.4 Leistungen im Ausland bei Notfällen

salto übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der basis die Kosten für die notfallmässige stationäre Behandlung in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zur vollen Kostendeckung in der allgemeinen Abteilung. Die Leistungen werden so lange erbracht, als ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist, maximal jedoch bis zu einem Jahr. Bei einer stationären Behandlung ist bei der Kasse sofort, spätestens jedoch innert 10 Tagen nach Spitaleintritt, ein Kostengutsprachege such einzureichen.

3.5 Teilstationäre Behandlung

Kann eine in der Regel stationär durchgeführte Operation teilstationär erfolgen, übernimmt salto auf Antrag die den Kassentarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG übersteigenden Kosten. Gedeckt ist in jedem Fall höchstens derjenige Arzttarif, der bei stationärer Behandlung der versicherten Person in der versicherten Abteilung erhoben worden wäre.

Die Gesamtkosten müssen für den Versicherer im Vergleich zur stationären Behandlung tiefer liegen.

4 Mutterschaft

4.1 Kosten der stationären Behandlung

salto deckt die von der basis nicht gedeckten Kosten einer Geburt im Spital, allgemeine Abteilung ganze Schweiz, für die Mutter.

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

4.2 Geburt in Geburtshaus

Bei Geburt in einem von der Kasse anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist, werden aus salto 90% bis max. CHF 1 000.- pro Geburt erbracht.

5 Zusatzdienstleistungen im Ausland

5.1 Maximaldeckung

Bei Reisen bis zu 100 Tagen pro Kalenderjahr werden im Notfall noch zusätzlich bis zu CHF 50 000.- an nicht gedeckte Kosten erbracht.

5.2 Besuchsreise und Extrarückreise

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

Wenn eine versicherte Person bei medizinischer Notwendigkeit aus dem Ausland in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung zurücktransportiert werden muss, organisiert die 24h Helpline die Extrarückreise von 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 24h Helpline die Extrarückreise der versicherten Person, von mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

5.3 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.

5.4 Benachrichtigung von Personen zu Hause

Falls durch die 24h Helpline Massnahmen organisiert wurden, benachrichtigt diese die Angehörigen der versicherten Person über den Sachverhalt und die getroffenen Massnahmen.

5.5 Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland

Die 24h Helpline vermittelt ihren Versicherten bei Bedarf einen Arzt oder ein Spital in der Gegend des Aufenthalts. Im Falle von Verständigungsproblemen leistet die 24h Helpline Übersetzungshilfe.

5.6 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 von der 24h Helpline medizinische Beratung. Diese Beratung ist lediglich ein Ratsschlag und darf in keinem Fall als Diagnose betrachtet werden.

5.7 Leistungsausschlüsse

Zusätzlich zu den Leistungsbeschränkungen aus den gemeinsamen Bestimmungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen:

- für Krankheiten und Unfallfolgen, welche bei Reiseantritt bestanden haben resp. deren Eintritt bei Reiseantritt für die versicherte Person erkennbar und für die eine medizinische Behandlung absehbar war,
- wenn sich die versicherte Person zum Zwecke von Behandlungen, Pflege oder Geburt ins Ausland begeben hat,
- wenn die 24h Helpline zu Suchaktion, Rücktransport, Besuchs- oder Extrarückreise nicht vorgängig ihre Zustimmung erteilt hat.

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.

5.8 Pflichten im Schadenfall

5.8.1 Benachrichtigung der 24h Helpline

Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall und frühzeitiger Geburt im

In- und Ausland, welche eine Hospitalisation oder Hilfsmassnahmen erforderlich machen, ist in jedem Fall unverzüglich die 24h Helpline zu benachrichtigen.

5.8.2 Entbindung von der Schweigepflicht

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen sowie Versicherer gegenüber der 24h Helpline bzw. dem Versicherer von der Schweigepflicht.

5.8.3 Geltendmachung des Anspruchs

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

5.8.4 Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletten

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

6 Unfallzusatz

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

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

Auf diese Leistungen wird ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

7 Prävention

7.1 Impfungen

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz dienen, werden 90% der effektiven Kosten, höchstens aber CHF 200.- pro Kalenderjahr, vergütet. Dabei werden keine Leistungen erbracht an Impfungen, die berufsbedingt vorgenommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten ist oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

7.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Pro Kalenderjahr sind die Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zum KVG-Tarif versichert, sofern in diesem Kalenderjahr keine solchen Leistungen aus basis erbracht werden. Auf diese Leistung wird ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

7.3 Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten

An die ausgewiesenen Kosten eines ärztlich verordneten, von qualifiziertem Personal durchgeführten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens (z.B. Raucherentwöhnung) werden aus salto 90% der Kosten, maximal CHF 300.- innert zweier Kalenderjahre geleistet.

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Kurse zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens. Die Liste der anerkannten Kurse wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

7.4 Weitere Präventivmassnahmen

An weitere anerkannte Präventivmassnahmen können Beiträge ausgerichtet werden.

8 Hilfsmittel

8.1 Sehhilfen

An die Kosten von zur Sehkorrektur benötigten Brillengläsern und Kontaktlinsen wird versicherten Personen innerhalb von 5 Kalenderjahren ein Beitrag von CHF 420.– bezahlt.

8.2 Übrige Hilfsmittel

An die Miet- und Kaufpreise von notwendigen, dem Gesundheitszustand angepassten Hilfsmitteln, an die aus der Basis keine Leistungen erbracht werden, können auf ärztliche Verordnung 50% der Kosten bis zu einem Maximalbetrag von insgesamt CHF 250.– pro Kalenderjahr vergütet werden. Leistungen werden erbracht für Hilfsmittel, die den Gebrauch eingeschränkter Körperfunktionen verbessern, wirtschaftlich sind und dem Stand der medizinischen Forschung entsprechen. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel. Die Liste der anerkannten Hilfsmittel wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

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

9 Zahnärztliche Behandlung / Weisheitszähne

9.1 Allgemeines

Die Versicherung deckt die Kosten der Extraktion von Weisheitszähnen. Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tagespauschale der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen. Auf diese Leistungen wird ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

9.2 Leistungserbringer und Tarif

Die Vergütung erfolgt nach Massgabe des für zahnärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarifs. Wendet die Zahnärztin oder der Zahnarzt einen höheren Tarif als denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an, geht die Differenz zulasten der versicherten Person.

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

9.3 Behandlung im Ausland

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

10 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

10.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

10.1.1 Leistungsumfang

An die Kosten:

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
 - des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung,
 - für Rettungs- und Bergungsaktionen
- wird ein Beitrag bis insgesamt CHF 20 000.– pro Kalenderjahr geleistet.

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

10.1.2 Selbstbehalt

Pro Fall hat die versicherte Person CHF 100.– als Selbstbehalt zu tragen.

10.1.3 Leistungen Dritter

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

10.2 Suchaktionen

Zusätzlich zu den Kosten der Rettung oder der Bergung einer versicherten Person werden Kosten für Suchaktionen bis maximal CHF 20 000.– pro Kalenderjahr übernommen.

11 casamed Variante

11.1 Allgemeines

Für versicherte Personen, die bei der Kasse in der Basis in der Variante casamed versichert sind, gelten die folgenden zusätzlichen Bestimmungen.

11.2 Allgemeine Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen von salto werden erbracht, wenn sie nach dem Hausarztprinzip erfolgt sind. Leistungen müssen von der casamed Hausärztin oder vom casamed Hausarzt, bei der/dem die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

Telemedizinische Institutionen können von der Kasse als casamed Hausärzte anerkannt werden.

11.3 Spezialleistungen

Die Transportkosten, Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Weisheitszahnextraktionen sowie die Zusatzdienstleistungen im Ausland werden ohne Beizug der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes vergütet.

11.4 Spitalwahl

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

11.5 Augen-, Frauen-, Kinderärztinnen und -ärzte

Für casamed Versicherte, die in Routinebehandlung bei Augen-, Frauen- und Kinderärztinnen oder -ärzten stehen, werden die von diesen Medizinalpersonen veranlassten ambulant oder

stationär durchgeführten Operationen nach Beizug der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes übernommen.

11.6 Andere Fachpersonen

Die Kasse kann anstelle der casamed Hausärztin oder des casamed Hausarztes andere Fachpersonen bezeichnen, welche die Leistungen, die in salto gedeckt sind, erbringen, verordnen oder veranlassen können.

11.7 Weitere Leistungserbringer

Im Hinblick auf eine kostengünstige Versorgung kann der Versicherer weitere Leistungserbringer wie Apotheken, Therapeutinnen oder Therapeuten, Sanitätsfachgeschäfte oder ähnliche Leistungserbringer bezeichnen, denen die medizinische Betreuung oder Versorgung der casamed Versicherten ausschliesslich anvertraut wird.

11.8 Notfälle

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

11.9 Leistungsausschluss

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

11.10 Leistungsabwicklung

11.10.1 Pauschalabrechnung

Der Versicherer oder die Kasse kann mit den casamed Hausärztinnen oder casamed Hausärzten vereinbaren, dass die Leistungen von salto pauschalisiert abgegolten werden.

11.10.2 Veranlasste Leistungen

Bei veranlassten Leistungen kann die Kasse nötigenfalls vor der Leistungsvergütung von der versicherten Person oder von der casamed Hausärztin bzw. vom casamed Hausarzt den Nachweis verlangen, dass die Leistung nach dem Hausarztprinzip erfolgt ist.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung
1.1	Zweck
1.2	Versicherungsträger
1.3	Abschluss und Dauer der Versicherung
1.3.1	Neuabschluss
1.3.2	Wechsel in die mondial
1.3.3	Versicherungsdauer
1.3.4	Übertrittsrecht
2	Versicherungsmöglichkeiten
2.1	Allgemeines
2.2	Ausschluss der Unfalldeckung
2.3	Franchise und Selbstbehalt
3	Leistungen
3.1	Grundsatz
3.2	Behandlung im Wohnstaat bzw. im Ausland
4	Mitwirkungspflichten
4.1	Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall
4.2	Sonstige Mitteilungen

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

mondial bezweckt die Versicherung der finanziellen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft für Personen, die nicht dem schweizerischen Krankenversicherungsobligatorium unterstehen, resp. für Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die sich vom schweizerischen Krankenversicherungsobligatorium befreit haben.

1.2 Versicherungsträger

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

Vermittelnde Krankenkasse ist die auf der Versicherungspolice aufgeführte Krankenkasse (nachfolgend Kasse).

1.3 Abschluss und Dauer der Versicherung

1.3.1 Neuabschluss

Bei Neuabschluss gilt das Verfahren bei Versicherungsabschluss gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen. Das Höchstalter für den Neuabschluss beträgt 60 Jahre.

1.3.2 Wechsel in die mondial

Personen, die bei der Kasse seit mindestens einem Jahr in einer anderen Versicherungsabteilung versichert sind, besitzen ein Recht zum Übertritt in die Versicherungsvariante mondial gemäss der bisherigen Versicherungsdeckung. Der Übertritt ist ohne Altersbeschränkung möglich.

1.3.3 Versicherungsdauer

mondial kann für eine Dauer von bis zu sechs Jahren abgeschlossen werden. Eine weitere Verlängerung der Versicherung kann beantragt werden. Stimmt der Versicherer einer Verlängerung nicht zu, erlischt der Vertrag.

Erfolgt vonseiten der versicherten Person weder ein Antrag noch eine Kündigung und stellt die Kasse eine neue Versicherungspolice aus, verlängert sich der Versicherungsvertrag um ein weiteres Jahr.

Die Beschränkung der Versicherungsdauer gilt nicht für Personen mit Wohnsitz in einem an die Schweiz grenzenden Land.

1.3.4 Übertrittsrecht

Bei Rückkehr in die Schweiz bzw. Unterstellung unter das schweizerische Krankenversicherungsobligatorium gilt in allen Versicherungsabteilungen ein Recht zum Übertritt in die ordentliche Versicherungsvariante gemäss der bisherigen Deckung in der mondial.

2 Versicherungsmöglichkeiten

2.1 Allgemeines

Im Rahmen von mondial können die Grundversicherung mondial basis (nach VVG) sowie sämtliche Versicherungsabteilungen, für welche die AVB gelten, abgeschlossen werden. Davon ausgenommen sind die Versicherungsabteilungen kombi komfort und für Nichtgrenzgängerinnen und Nichtgrenzgänger die Versicherungsabteilung compensa.

2.2 Ausschluss der Unfalldeckung

In mondial basis kann die Unfalldeckung ausgeschlossen werden.

2.3 Franchise und Selbstbehalt

In mondial basis gilt die vereinbarte Franchise.

Für den Selbstbehalt und den Beitrag an Aufenthaltskosten im Spital gelten die Bestimmungen des KVG.

3 Leistungen

3.1 Grundsatz

Die Deckung richtet sich nach den Bestimmungen für die einzelnen Versicherungsabteilungen und dem abgeschlossenen Deckungsumfang.

In mondial basis (nach VVG) gilt der jeweilige Leistungskatalog basis nach KVG. Abweichungen in diesen Bestimmungen oder in den Gemeinsamen Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen und weitere Versicherungen nach VVG (AVB) gehen den Regelungen von basis nach KVG vor.

Für Behandlungen im Wohnstaat der versicherten Person kann mondial für Grenzgängerinnen und Grenzgänger zusätzliche Leistungen gemäss Liste des Versicherers erbringen.

Für Personen in der Schweiz ohne Aufenthaltsbewilligung deckt mondial die Kosten für notfallmässige, medizinische Akutbehandlung. Nicht versichert sind Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss schon bestanden haben. Diese Einschränkungen gelten nicht für Personen, welche bereits an ihrem ausländischen Wohnsitz in mondial versichert sind.

Massgebend sind die geltenden Tarife in der Schweiz resp. im Wohnstaat der versicherten Person. Vorbehalten bleiben weiter gehende Leistungsbestimmungen in den einzelnen Versicherungsabteilungen.

Erfolgt die Behandlung in einer höheren als der versicherten Spitalabteilung oder ist die Rechnungsstellung offensichtlich übersetzt, beschränkt der Versicherer seine Leistungen auf die für die Versicherungsdeckung geltenden Tarife am Geschäftssitz der Kasse.

3.2 Behandlung im Wohnstaat bzw. im Ausland

Im Wohnstaat, in der Schweiz und in der EU sind auch nicht notfallmässige Behandlungen versichert.

Enthalten die Bestimmungen der einzelnen Versicherungsabteilungen Regelungen über Leistungen im Ausland, so gelten als Ausland alle Länder ausser die Schweiz und jenes, in welchem die versicherte Person ihren Wohnsitz hat.

4 Mitwirkungspflichten

4.1 Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

Leistungen werden nur erbracht, wenn der Kasse detaillierte Originalrechnungen eingereicht werden, die folgende Angaben enthalten:

- Behandlungsdatum,
- Diagnose,
- Art der Therapien und Behandlung,
- Anzahl Konsultationen/Dauer des Spitalaufenthaltes,
- quitierte Originalrezepte,
- Tagestaxen und Nebenkosten (Spital).

Bei einer stationären Behandlung ist bei der Kasse spätestens 10 Tage nach Spitaleintritt ein Kostengutsprache gesuch einzureichen.

4.2 Sonstige Mitteilungen

Die versicherte Person hat der Kasse eine Kontaktadresse und ein Konto in der Schweiz anzugeben. Der Versicherer macht seine Mitteilungen rechtsverbindlich an die Kontaktadresse in der Schweiz.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung
1.1	Zweck
1.2	Versicherungsträger
1.3	Versicherungsabschluss
1.4	Leistungsvoraussetzung
1.5	Ausland
2	Versicherungsmöglichkeiten
2.1	dental piccolo
2.1.1	Leistungen
2.1.2	Automatischer Übertritt
2.2	dental
2.2.1	Leistungsvarianten
2.2.2	Prophylaxe und Kontrolle
2.2.3	Leistungen/Behandlungszeitraum
2.2.4	Karenzzeit
2.2.5	Geltendmachung der Ansprüche
3	casamed Variante
3.1	Allgemeines
3.2	Leistungsvarianten
3.3	Leistungsvoraussetzung
3.4	Notfälle
3.5	Leistungsausschluss
3.6	Prämien

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

dental erbringt Beiträge an die Kosten von zahnärztlichen Behandlungen. Im Weiteren fördert sie prophylaktische Massnahmen.

1.2 Versicherungsträger

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

Vermittelnde Krankenkasse ist die auf der Versicherungspolice aufgeführte Krankenkasse (nachfolgend Kasse).

1.3 Versicherungsabschluss

dental kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

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

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

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

Bei Geburt und Neueintritt werden alle Kinder bis zum vollendeten 15. Altersjahr in dental piccolo ohne Leistungseinschränkung versichert, sofern sie beim Versicherer auch allgemeiner zusatz oder privat zusatz versichert haben.

1.4 Leistungsvoraussetzung

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

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

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

1.5 Ausland

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

2 Versicherungsmöglichkeiten

Es bestehen folgende Versicherungsmöglichkeiten:

- dental piccolo bis zum vollendeten 15. Altersjahr,
- dental.

2.1 dental piccolo

2.1.1 Leistungen

Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 15. Altersjahr werden die Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen bis max. CHF 40.– pro Kalenderjahr vergütet, sofern nicht gleichzeitig eine zahnärztliche Behandlung (konservierend, prothetisch etc.) durchgeführt werden muss.

2.1.2 Automatischer Übertritt

Bei Vollendung des 15. Altersjahres erfolgt auf Beginn des folgenden Jahres automatisch und ohne Leistungseinschränkung der Übertritt von dental piccolo in dental a. Der versicherten Person steht jedoch nach erfolgter Mitteilung innert 3 Monaten ein Rücktrittsrecht zu.

2.2 dental

2.2.1 Leistungsvarianten

Variante maximaler Leistungsanspruch pro Behandlungsjahr:

dental a	75% bis max. CHF 1000.–	Franchise CHF 500.–
dental b	50% bis max. CHF 500.–	
dental c	50% bis max. CHF 1000.–	
dental d	75% bis max. CHF 1000.–	
dental e	75% bis max. CHF 1500.–	
dental f	75% bis max. CHF 3000.–	
dental g	75% bis max. CHF 5000.–	Franchise CHF 500.–
dental h	75% bis max. CHF 5000.–	

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

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

2.2.2 Prophylaxe und Kontrolle

Sofern im Behandlungszeitraum keine zahnärztliche Behandlung (konservierend, prothetisch etc.) durchgeführt werden muss, erbringt dental Leistungen für eine Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen und für Prophylaxe bis maximal CHF 100.– pro Kalenderjahr. Die Kostenbeteiligung gemäss abgeschlossener Leistungsvariante kommt nicht zur Anwendung.

2.2.3 Leistungen/Behandlungszeitraum

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

Für Zahnpflegemittel werden keine Leistungen erbracht.

Die versicherten Beträge werden innert 365 Tagen einmal ausgerichtet. Die Frist von 365 Tagen wird vom Behandlungsende zurückgerechnet. Wurden in der so berechneten Zeitperiode keine Leistungen bezogen, so besteht Anspruch auf die vollen versicherten Leistungen. Wurden jedoch in diesen zu-

rückliegenden 365 Tagen bereits Leistungen ausgerichtet, so werden diese anteilmässig (durchschnittliche Behandlungskosten pro Tag – umgerechnet auf die ganze Behandlungsdauer) auf die neue Behandlung angerechnet.

2.2.4 Karenzzeit

Der Leistungsanspruch aus dental beginnt:

- nach einer Karenzzeit von 12 Monaten für prothetische Versorgung (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 Karenzzeit von 6 Monaten für alle übrigen Behandlungen.

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

2.2.5 Geltendmachung der Ansprüche

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

3 casamed Variante

3.1 Allgemeines

Die casamed Variante in dental setzt voraus, dass die versicherte Person in der basis casamed versichert ist.

Für die casamed Variante gelten folgende zusätzliche Bestimmungen.

3.2 Leistungsvarianten

Für casamed Versicherte werden folgende Leistungsvarianten geführt:

dental d	75% bis max. CHF 1 000.-
dental f	75% bis max. CHF 3 000.-
dental h	75% bis max. CHF 5 000.-

3.3 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden vergütet, wenn sie von einer bzw. einem von der Kasse anerkannten casamed Zahnärztin oder casamed Zahnarzt, bei der bzw. dem die versicherte Person eingeschrieben ist, erbracht, verordnet oder veranlasst werden.

3.4 Notfälle

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

3.5 Leistungsausschluss

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

3.6 Prämien

In der casamed Variante gilt eine reduzierte Prämie.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen	4	Kostenbeteiligung
1.1	Gegenstand der Versicherung		
1.2	Versicherungsträger		
1.3	Gemeinsame Bestimmungen		
2	Abschluss, Beginn und Dauer	5	Pflichten im Schadenfall
2.1	Versicherte Personen	5.1	Benachrichtigung der 24h Helpline
2.1.1	Personenkreis	5.2	Entbindung von der Schweigepflicht
2.1.2	Einzelpersonen	5.3	Geltendmachung des Anspruchs
2.1.3	Familien	5.4	Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletten
2.2	Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung	6	Leistungen Dritter
3	Leistungen	6.1	Im Allgemeinen
3.1	Leistungsbereich	6.2	Leistungsverzicht
3.1.1	Örtlicher Leistungsbereich	6.3	Sozialversicherungen
3.1.2	Zeitlicher Leistungsbereich	6.4	Bestehende Zusatzversicherungen
3.2	Leistungsvoraussetzung	6.5	Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen
3.3	Heilungskosten		
3.4	Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen		
3.5	Besuchsreise und Reismehrkosten		
3.5.1	Besuchsreise		
3.5.2	Extrarückreise		
3.6	Deckungssummen		
3.6.1	tourist 50/100		
3.6.2	tourist 250/500		
3.7	Servicedienstleistungen		
3.7.1	Kostenvorschuss an ein Spital		
3.7.2	Benachrichtigung von Personen zu Hause		
3.7.3	Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland		
3.7.4	Medizinische Beratung durch Ärzte		
3.8	Leistungsbeschränkungen		
3.8.1	Grundsatz		
3.8.2	Leistungsausschluss		
3.8.3	Leistungseinschränkung		
3.9	Verjährung		

1 Grundlagen

1.1 Gegenstand der Versicherung

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

1.2 Versicherungsträger

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

1.3 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen über tourist. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen über tourist den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

2 Abschluss, Beginn und Dauer

2.1 Versicherte Personen

2.1.1 Personenkreis

Versichert sind Personen, welche bei der Kasse die Versicherung tourist abgeschlossen haben. Der Versicherungsabschluss steht allen Personen ohne Altersbeschränkung offen.

2.1.2 Einzelpersonen

Versichert sind die auf der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

2.1.3 Familien

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

2.2 Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

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

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

- allgemeiner zusatz,
- privat zusatz,
- kombi,
- salto.

Voraussetzung bei Familien für das Abschliessen und Führen der tourist Versicherung ist, dass mindestens ein Elternteil allgemeiner zusatz, privat zusatz, salto oder kombi bei der Kasse versichert ist.

3 Leistungen

3.1 Leistungsbereich

3.1.1 Örtlicher Leistungsbereich

Die Versicherung gilt für notfallmässige Behandlungen ausser-

halb des Wohnkantons in der Schweiz und weltweit im Ausland.

3.1.2 Zeitlicher Leistungsbereich

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

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

3.2 Leistungsvoraussetzung

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

3.3 Heilungskosten

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

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

Die für die Schweiz geltende gesetzliche Kostenbeteiligung ist nicht versichert.

3.4 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

Wenn eine versicherte Person ernsthaft erkrankt, schwer verunfallt oder stirbt, erbringt der Versicherer – gestützt auf einen medizinischen Befund – folgende durch die 24h Helpline organisierte Leistungen und bezahlt die Kosten für:

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

3.5 Besuchsreise und Reisemehrkosten

3.5.1 Besuchsreise

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

3.5.2 Extrarückreise

Wenn eine versicherte Person bei medizinischer Notwendigkeit aus dem Ausland in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung zurücktransportiert werden muss, organisiert die 24h Helpline die Extrarückreise von versicher-

ten 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 24h Helpline die Extrarückreise der versicherten Person, von versicherten mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

3.6 Deckungssummen

Es können folgende Varianten abgeschlossen werden:

3.6.1 tourist 50/100

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

- bis maximal 17 Tage,
- bis maximal 40 Tage.

3.6.2 tourist 250/500

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

- bis maximal 17 Tage,
- bis maximal 40 Tage.

3.7 Servicedienstleistungen

3.7.1 Kostenvorschuss an ein Spital

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

3.7.2 Benachrichtigung von Personen zu Hause

Falls durch die 24h Helpline Massnahmen organisiert wurden, benachrichtigt diese die Angehörigen der versicherten Person über den Sachverhalt und die getroffenen Massnahmen.

3.7.3 Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland

Die 24h Helpline vermittelt ihren Versicherten bei Bedarf einen Arzt oder ein Spital in der Gegend des Aufenthalts. Im Falle von Verständigungsproblemen leistet die 24h Helpline Übersetzungshilfe.

3.7.4 Medizinische Beratung durch Ärzte

Wenn eine versicherte Person während der Reise ärztliche Hilfe benötigt und diese an ihrem Aufenthaltsort nicht angefordert werden kann, leisten die Ärzte der 24h Helpline medizinische Beratung. Diese Beratung ist lediglich ein Ratschlag und darf in keinem Fall als Diagnose betrachtet werden.

3.8 Leistungsbeschränkungen

3.8.1 Grundsatz

Die Regelung betreffend Leistungsbeschränkungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen findet für tourist keine Anwendung.

3.8.2 Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, welche bei Reiseantritt

- bestanden haben resp. wenn deren Eintritt bei Reiseantritt für die versicherte Person erkennbar und für die eine medizinische Behandlung absehbar war,
- b) wenn sich die versicherte Person zum Zwecke von Behandlungen, Pflege oder Geburt ins Ausland begeben hat,
- c) für Krankheiten und Unfallfolgen, welche bei einer für die versicherte Person bestehenden Versicherung bei der Kasse von der Deckung ausgeschlossen worden sind,
- d) wenn die 24h Helpline zu Suchaktion, Rücktransport, Besuchs- oder Extrarückreise nicht vorgängig ihre Zustimmung erteilt hat,
- e) bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst,
- f) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage zurückliegt,
- g) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten,
- h) bei grob fahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls, insbesondere infolge Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten oder anderen Drogen,
- i) 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,
- j) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde, auch als Folge von Selbsttötung, Selbsttötungsversuch oder Selbstverletzungen.

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

3.8.3 Leistungseinschränkung

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

3.9 Verjährung

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

4 Kostenbeteiligung

Auf Leistungen aus tourist wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

5 Pflichten im Schadenfall

5.1 Benachrichtigung der 24h Helpline

Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall und frühzeitiger Geburt im In- und Ausland, welche eine Hospitalisation oder Hilfsmassnahmen erforderlich machen, ist in jedem Fall unverzüglich die 24h Helpline zu benachrichtigen.

5.2 Entbindung von der Schweigepflicht

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen sowie Versicherer gegenüber der 24h Helpline bzw. dem Versicherer von der Schweigepflicht.

5.3 Geltendmachung des Anspruchs

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

5.4 Anrechnung von Bahn- oder Flugtickets

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

6 Leistungen Dritter

6.1 Im Allgemeinen

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

6.2 Leistungsverzicht

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

6.3 Sozialversicherungen

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

6.4 Bestehende Zusatzversicherungen

Bestehende andere Zusatzversicherungen gehen den Leistungen aus tourist vor.

6.5 Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen

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

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung
1.1	Versicherungsträger
1.2	Gemeinsame Bestimmungen
1.3	Kollektivvertrag
2	Deckungsumfang
2.1	Im Allgemeinen
2.2	Versicherte Streitigkeiten
2.3	Nicht versicherte Streitigkeiten
3	Versicherte Personen
4	Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung
4.1	Im Allgemeinen
4.2	Auflösung des Kollektivvertrages
5	Örtlicher Geltungsbereich
6	Zeitlicher Geltungsbereich
7	Versicherte Leistungen
8	Rechtsschutzfall
8.1	Anmeldung eines Rechtsschutzfalles
8.2	Abwicklung eines Rechtsschutzfalles
8.3	Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten
9	Schlussbestimmungen
9.1	Gerichtsstand
9.2	Anwendbares Recht

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Versicherungsträger

Versicherungsträger der Patientenrechtsschutzversicherung protect ist die Coop Rechtsschutz AG, Aarau (nachfolgend Versicherer).

Vermittelnde Krankenkasse ist die auf der Versicherungspolice aufgeführte Krankenkasse (nachfolgend Kasse).

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen über den Patientenrechtsschutz. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen der Patientenrechtsschutzversicherung protect den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

1.3 Kollektivvertrag

Die Gewährung des Patientenrechtsschutzes erfolgt aufgrund des Kollektivvertrages der ÖKK Versicherungen AG mit dem Versicherer.

2 Deckungsumfang

2.1 Im Allgemeinen

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

2.2 Versicherte Streitigkeiten

Versichert sind Streitigkeiten über:

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

2.3 Nicht versicherte Streitigkeiten

Nicht versichert sind Streitigkeiten über:

- a) Leistungen, die die Kasse gemäss ihren Versicherungsbestimmungen nicht versichert,
- b) psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen,
- c) Honorare und Rechnungen (ausgenommen solche über nicht erbrachte Leistungen),
- d) Leistungen von Krankenkassen und Versicherungen.

3 Versicherte Personen

Versichert sind Personen, welche bei der Kasse die Versicherung protect abgeschlossen haben.

Zusätzlich versichert sind:

- alle Personen, welche mit der oben erwähnten Person in einer gemeinsamen Police bei der Kasse versichert sind,

- Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Altersjahres, welche mit der oben erwähnten Person im selben Haushalt leben und bei der Kasse versichert sind.

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

4 Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

4.1 Im Allgemeinen

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

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

- allgemeiner zusatz,
- privat zusatz,
- kombi,
- salto,
- mondial basis,
- dental.

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

4.2 Auflösung des Kollektivvertrages

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

5 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

6 Zeitlicher Geltungsbereich

Der Rechtsschutz wird gewährt für Streitfälle, die während der Versicherungsdauer eintreten. Massgebend ist der Zeitpunkt der tatsächlichen Rechtsverletzung bzw. der Verletzung von vertraglichen Pflichten. Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren gemäss VVG nach zwei Jahren.

7 Versicherte Leistungen

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

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

- f) der versicherten Person auferlegte Prozessentschädigungen an die Gegenpartei.

Nicht bezahlt werden namentlich:

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

8 Rechtsschutzfall

8.1 Anmeldung eines Rechtsschutzfalles

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

8.2 Abwicklung eines Rechtsschutzfalles

Der Versicherer ergreift nach Rücksprache mit der versicherten Person die zu seiner 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. Die Beauftragung erfolgt ausschliesslich durch den Versicherer. Bei Missachtung dieser Bestimmung kann der Versicherer seine Leistungen kürzen. Bestehen für einen Anwaltswechsel keine triftigen Gründe, hat die versicherte Person die dadurch entstehenden Kosten zu übernehmen.

8.3 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

Bei Meinungsverschiedenheiten über das weitere Vorgehen, insbesondere in Fällen, welche der Versicherer als aussichtslos beurteilt, wird auf Verlangen der versicherten Person ein Schiedsgerichtsverfahren eingeleitet. Als Schiedsrichter wird eine von beiden Parteien gemeinsam bestimmte Person eingesetzt. Im Übrigen richtet sich das Verfahren nach dem Konkordat über die Schiedsgerichtsbarkeit. 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.

9 Schlussbestimmungen

9.1 Gerichtsstand

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

9.2 Anwendbares Recht

Im Übrigen gelten für die Versicherung die Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) sowie die Verordnung über die Rechtsschutzversicherungen.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung	9	Invaliditätskapitalversicherung
1.1	Versicherungsträger	9.1	Grundsatz
1.2	Gemeinsame Bestimmungen	9.2	Ganzinvalidität
2	Deckungsumfang	9.3	Teilinvalidität
3	Versicherte Personen	9.4	Schwere Entstellung
3.1	Grundsatz	9.5	Vorbestehende Körpermängel
3.2	Höchst Eintrittsalter	9.6	Entschädigung bei Invalidität
4	Beginn und Dauer der Versicherung	10	Leistungsbeschränkungen
4.1	Im Allgemeinen	10.1	Grundsatz
4.2	Versicherungsänderungen	10.2	Leistungsausschlüsse
5	Beendigung der Versicherung	10.3	Leistungskürzungen
5.1	Grundsatz	10.3.1	Fremde Unfallfaktoren
5.2	Auflösung des Kollektivversicherungsvertrages	10.3.2	Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall
6	Örtlicher Geltungsbereich	10.3.3	Weitere Leistungskürzungen
7	Versicherungssummen	10.4	Herbeiführung des Todes durch eine anspruchsberechtigte Person
7.1	Versicherungsvarianten	11	Umschulungskosten
7.2	Höchstsummen bei Flugunfällen	12	Prämien
7.3	Maximal versicherbare Summen	13	Verhalten im Schadenfall
7.3.1	Maximalsummen für Kinder	14	Mitteilungen an den Versicherer
7.3.2	Maximalsummen ab Alter 65	15	Erfüllungsort und Gerichtsstand
7.3.3	Versicherte Invaliditätssumme im Alter	16	Anwendbares Recht
8	Todesfallkapitalversicherung		
8.1	Begünstigte Personen		
8.2	Anrechnung des Invaliditätskapitals		

risikokapital unfall

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Solida Versicherungen AG, Zürich (nachfolgend Versicherer).

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Die Gemeinsamen Bestimmungen sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen über risikokapital bei tod oder invalidität durch unfall. Bei Abweichungen gehen die Bestimmungen über risikokapital bei tod oder invalidität durch unfall den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

2 Deckungsumfang

Die Versicherung deckt alle Berufs- und Nichtberufsunfälle, einschliesslich Berufskrankheiten, soweit sie zurzeit 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. Im Weiteren gelten neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen aufgeführten Körperschädigungen als Unfälle:

- Gesundheitsschädigungen durch unfreiwilliges Einatmen von Gasen und Dämpfen und durch versehentliches Einnehmen von giftigen und ätzenden Stoffen,
- Ertrinken,
- 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.

3 Versicherte Personen

3.1 Grundsatz

Versichert sind Einzelpersonen, die sich für den Abschluss einer Unfallversicherung gemäss den vorliegenden AVB angemeldet haben.

3.2 Höchsteintrittsalter

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

4 Beginn und Dauer der Versicherung

4.1 Im Allgemeinen

Beginn und Dauer der Versicherung richten sich nach den Gemeinsamen Bestimmungen.

4.2 Versicherungsänderungen

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

5 Beendigung der Versicherung

5.1 Grundsatz

Für die Beendigung der Versicherung kommen die Gemeinsamen Bestimmungen zur Anwendung.

5.2 Auflösung des Kollektivversicherungsvertrages

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

6 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Welt. Bei Wegzug ins Ausland richtet sich die Weiterführung der Versicherung nach den Bestimmungen von mondial.

7 Versicherungssummen

7.1 Versicherungsvarianten

Es gelten die in der Versicherungspolice aufgeführten Versicherungssummen.

7.2 Höchstsummen bei Flugunfällen

Die Maximalgarantie des Versicherers für ein und dieselbe Person aus allen bei ihm laufenden Unfallversicherungen zusammen ist für einen Flugunfall auf CHF 500 000.– im Todesfall und CHF 1 000 000.– im Ganzinvaliditätsfall (mit entsprechender Reduktion bei Teilinvalidität) beschränkt.

7.3 Maximal versicherbare Summen

7.3.1 Maximalsummen für Kinder

Die Höchstversicherungssumme bei Tod von Kindern bis zum vollendeten 3. Altersjahr beträgt CHF 2 500.–, für Kinder bis zum vollendeten 15. Altersjahr CHF 20 000.–.

Die Todesfallsumme aus dieser und anderen Versicherungen darf bei Kindern, die noch nicht zwei Jahre und sechs Monate alt sind, CHF 2 500.–, und bei Kindern, die noch nicht zwölf Jahre alt sind, CHF 20 000.– nicht übersteigen.

7.3.2 Maximalsummen ab Alter 65

Per 1. Januar des dem 65. Geburtstag folgenden Kalenderjahres gelten folgende Höchstversicherungssummen:

- im Todesfall CHF 20 000.–,
- im Invaliditätsfall CHF 60 000.–.

Bestehende höhere Versicherungen werden auf diesen Zeitpunkt entsprechend herabgesetzt.

7.3.3 Versicherte Invaliditätssumme im Alter

Für versicherte Personen entfällt per 1. Januar des dem 65. Geburtstag folgenden Kalenderjahres die Progression in der Invaliditätsversicherung. Die Entschädigung in Prozenten entspricht dem Invaliditätsgrad.

8 Todesfallkapitalversicherung

8.1 Begünstigte Personen

Hat der Unfall sofort oder binnen fünf Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, erwiesenermassen den Tod der versicherten Person zur Folge, bezahlt der Versicherer die für den Todesfall versicherte Summe an die nachstehend genannten Hinterlassenen, die darauf in folgender Reihenfolge und in folgendem Umfang Anspruch haben:

a) Das volle Todesfallkapital geht:

- an die überlebende Ehegattin bzw. den überlebenden Ehegatten,
- bei deren bzw. dessen Fehlen an die Kinder, Adoptiv- und Stiefkinder zu gleichen Teilen,

- bei deren Fehlen an die Eltern zu gleichen Teilen resp. an den überlebenden Elternteil,
- bei deren Fehlen an die Geschwister, sofern diese zum Zeitpunkt des Unfalles noch nicht 25 Jahre alt waren.

Jede der hiervor aufgezählten Personen bzw. Personengruppen wird durch das Vorhandensein einer vorhergehenden ausgeschlossen.

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

- b) Die versicherte Person kann durch schriftliche Mitteilung an die Kasse in Abänderung der vorstehenden Regelung Begünstigte bezeichnen bzw. Berechtigte ausschliessen. Eine solche Erklärung kann durch die versicherte Person jederzeit durch schriftliche Mitteilung an die Kasse widerrufen oder abgeändert werden.
- c) Sind keine Anspruchsberechtigten gemäss Bst. a) und b) vorhanden, so vergütet der Versicherer die Kosten der Bestattung, höchstens jedoch 10% des Todesfallkapitals bis maximal CHF 10 000.–.

8.2 Anrechnung des Invaliditätskapitals

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

9 Invaliditätskapitalversicherung

9.1 Grundsatz

Hat der Unfall eine voraussichtlich bleibende Invalidität einer versicherten Person zur Folge, so zahlt der Versicherer die für den Invaliditätsfall vereinbarte Versicherungssumme, und zwar bei Ganzinvalidität die volle Versicherungssumme, bei Teilinvalidität einen dem Grad der Letzteren entsprechenden Teil der Versicherungssumme. Die Feststellung des Invaliditätsgrades erfolgt erst aufgrund des voraussichtlich als bleibend erkannten Zustandes der versicherten Person, spätestens aber 5 Jahre nach dem Unfall. Eine allenfalls durch das Ereignis eingetretene Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit wird bei der Feststellung des Invaliditätsgrades nicht berücksichtigt. Auf das Invaliditätskapital hat ausschliesslich die versicherte Person Anspruch.

9.2 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,
- völlige Erblindung.

9.3 Teilinvalidität

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

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% |
| • ein Bein am Oberschenkel | 60% |
| • ein Bein am Unterschenkel | 50% |
| • ein Fuss | 45% |
| • eine Grossezehe | 8% |
| • übrige Zehen je | 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 schmerzhafte starke Funktionseinschränkung der Wirbelsäule | 50% |

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

Für hier nicht aufgeführte Fälle erfolgt die Bestimmung des Invaliditätsgrades aufgrund ärztlicher Feststellung in Anlehnung an die vorstehende Skala.

Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile infolge desselben Unfalles wird der Invaliditätsgrad in der Regel durch Addition der Prozentsätze ermittelt. Er kann aber nie mehr als 100% betragen. Bei Verlust sämtlicher Finger einer Hand wird höchstens das für den Verlust der entsprechenden Hand in Betracht kommende Invaliditätskapital geleistet.

9.4 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, bezahlt der Versicherer von der für Invalidität vereinbarten Versicherungssumme (ohne Progression):

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

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

9.5 Vorbestehende Körpermängel

Erschwerung der Unfallfolgen zufolge vorbestehender Körpermängel berechtigt nicht zu einer höheren Entschädigung (ausgenommen bei Verlust des zweiten Auges oder des Gehörs am zweiten Ohr). Waren Körperteile schon vor dem Unfall ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, so wird bei der Feststellung 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, so werden die Versicherungsleistungen verhältnismässig gekürzt.

9.6 Entschädigung bei Invalidität

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

Invaliditätsgrad in %	Entschädigung in % der abgeschlossenen Versicherungssumme	Invaliditätsgrad in %	Entschädigung in % der abgeschlossenen Versicherungssumme
1	1	45	85
2	2	46	88
3	3	47	91
4	4	48	94
5	5	49	97
6	6	50	100
7	7	51	105
8	8	52	110
9	9	53	115
10	10	54	120
11	11	55	125
12	12	56	130
13	13	57	135
14	14	58	140
15	15	59	145
16	16	60	150
17	17	61	155
18	18	62	160
19	19	63	165
20	20	64	170
21	21	65	175
22	22	66	180
23	23	67	185
24	24	68	190
25	25	69	195
26	28	70	200
27	31	71	205
28	34	72	210
29	37	73	215
30	40	74	220
31	43	75	225
32	46	76	230
33	49	77	235
34	52	78	240
35	55	79	245
36	58	80	250
37	61	81	255
38	64	82	260
39	67	83	265
40	70	84	270
41	73	85	275
42	76	86	280
43	79	87	285
44	82	88	290

Invaliditätsgrad in %	Entschädigung in % der abgeschlossenen Versicherungssumme	Invaliditätsgrad in %	Entschädigung in % der abgeschlossenen Versicherungssumme
89	295	95	325
90	300	96	330
91	305	97	335
92	310	98	340
93	315	99	345
94	320	100	350

10 Leistungsbeschränkungen

10.1 Grundsatz

Die Regelung betreffend Leistungsbeschränkungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen findet für das **risikokapital bei tod oder invalidität durch unfall** keine Anwendung.

10.2 Leistungsausschlüsse

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- infolge Krieg, Bürgerkrieg und/oder kriegsähnlicher Zustände
 - in der Schweiz, im Fürstentum Liechtenstein und/oder in angrenzenden Staaten,
 - im Ausland, es sei denn, der Unfall ereigne sich innert einer Frist von 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land, in welchem die versicherte Person sich aufhält, und sie sei vom Ausbruch von kriegerischen Ereignissen dort überrascht worden;
- infolge von Erdbeben in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;
- infolge aussergewöhnlicher Gefahren, als solche gelten:
 - ausländischer Militärdienst,
 - Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten, Ausübung von Verbrechen,
 - die Folgen von Unruhen aller Art, es sei denn, die versicherte Person beweise, dass sie nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war;
- infolge vorsätzlicher Begehung von Verbrechen oder Vergehen durch die versicherte Person oder des Versuchs dazu;
- infolge Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus Nuklearenergie;
- bei Unfällen, in welchen die versicherte Person einen Blutalkoholgehalt von 2 Gewichtsprozent oder mehr aufweist, es sei denn, es bestehe offensichtlich kein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trunkenheit und Unfall;
- 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);
- infolge von Selbsttötung oder Gesundheitsschädigungen am eigenen Körper, die die versicherte Person absichtlich oder im Zustand voller oder teilweiser Urteilsfähigkeit herbeigeführt hat;
- infolge absichtlicher Einnahme oder Injektion von Medikamenten, Drogen und chemischen Produkten;
- als Folge ärztlicher oder chirurgischer Eingriffe, die nicht durch einen versicherten Unfall notwendig wurden;
- bei der Benützung von Luftfahrzeugen als Militärpilot, sonstiges militärisches Besatzungsmitglied und Fallschirmgrenadier;

- bei militärischen Fallschirmabsprünge;n;
- bei Luftfahrten, wenn die versicherte Person vorsätzlich gegen behördliche Vorschriften verstösst oder nicht im Besitz der amtlichen Ausweise und Bewilligungen ist;
- bei den gesetzlichen und reglementarischen Kostenbeteiligungen der versicherten Person in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

10.3 Leistungskürzungen

10.3.1 Fremde Unfallfaktoren

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

10.3.2 Verletzung der Obliegenheiten im Schadenfall

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

10.3.3 Weitere Leistungskürzungen

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

10.4 Herbeiführung des Todes durch eine anspruchsberechtigte Person

Hat eine begünstigte Person den Tod der versicherten Person absichtlich bei Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt, so hat sie keinen Anspruch auf Geldleistungen. Hat eine begünstigte Person den Tod der versicherten Person grob fahrlässig herbeigeführt, so werden die ihr zukommenden Geldleistungen gekürzt; in besonders schweren Fällen können sie verweigert werden.

11 Umschulungskosten

Sofern eine Berufsumschulung mit Bezug auf einen Unfall, für den der Versicherer Leistungen erbracht hat, notwendig wird, übernimmt der Versicherer die hierfür angemessenen Kosten, höchstens bis zum Betrag von 10% der versicherten Invaliditätssumme.

12 Prämien

Anwendung findet die Regelung betreffend Prämien und Zahlungen gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen.

13 Verhalten im Schadenfall

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

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

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

Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer umgehend jede verlangte Auskunft über den früheren und den gegenwärtigen Gesundheitszustand sowie über den Verlauf von Unfall und Heilung zu geben. Die versicherte Person bzw. 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 Ärztinnen bzw. Ärzte, bei denen sie infolge Unfall oder Krankheit je in Behandlung stand, zur Erteilung jeder vom Versicherer verlangten Auskunft von der Schweigepflicht zu entbinden.

Kommen die versicherten Personen bzw. die anspruchsberechtigten Personen schuldhafterweise einer dieser Obliegenheiten nicht nach, so ist der Versicherer befugt, die Leistungen um denjenigen Betrag zu kürzen, um den sie sich bei rechtzeitiger Anzeige gemindert haben würden, es sei denn, die versicherten Personen bzw. die anspruchsberechtigten Personen beweisen, dass das vertragswidrige Verhalten auf die Unfallfolgen und ihre Feststellung keinen Einfluss ausgeübt hat.

14 Mitteilungen an den Versicherer

Alle Mitteilungen und Anzeigen sind an die Kasse 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.

15 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.

16 Anwendbares Recht

Im Übrigen gelten für diese Versicherung die Vorschriften des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG) und subsidiär die Vorschriften des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981.

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung		
1.1	Zweck und Inhalt der Versicherung	4.4.3	Bemessungsgrundlagen der Invaliditätskapitalleistung
1.2	Versicherungsträger	4.4.4	Abstufung der Invaliditätskapitalleistung
1.3	Grundlagen	4.4.5	Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades
1.4	Versicherungsbedingungen	4.4.6	Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei erwerbstätigen Erwachsenen
1.5	Versicherte Personen	4.4.7	Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei nicht- oder teilerwerbstätigen Erwachsenen
1.6	Versicherungsjahr	4.4.8	Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei Kleinkindern und Kindern
1.7	Altersbestimmung		
2	Versicherungsschutz		
2.1	Beginn des Versicherungsschutzes	4.5	Todesfallkapital
2.2	Voraussetzungen des Versicherungsschutzes	4.5.1	Anspruch auf das Todesfallkapital
2.3	Wegfall des Versicherungsschutzes	4.5.2	Bemessungsgrundlagen der Todesfallkapitalleistung
2.4	Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	4.5.3	Begünstigung
3	Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung		
3.1	Beginn und Dauer der Versicherung	4.6	Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen
3.2	Änderung der Versicherung	4.6.1	Bei Unfall
3.3	Sistierung der Versicherung	4.6.2	Bei unfallähnlichen Körperschädigungen
3.4	Beendigung der Versicherung	4.6.3	Bei absichtlicher Herbeiführung der Erwerbsunfähigkeit
		4.6.4	Bei vorgeburtlichen Körperschädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen
		4.6.5	Bei Selbsttötung und bei Tod infolge eines Selbsttötungsversuchs
		4.6.6	Bei ionisierenden Strahlen und Schäden aus Atomenergie
		4.7	Reduzierter Anspruch auf Versicherungsleistungen
		4.7.1	Zusammentreffen verschiedener Ursachen
		4.7.2	Zusammentreffen der Invaliditäts- und der Todesfallkapitalleistung
		4.8	Sicherung und Auszahlung der Leistungen
		4.8.1	Unveräusserlichkeit der Ansprüche
		4.8.2	Prüfung des Versicherungsanspruches
		4.8.3	Auszahlung der Versicherungsleistungen
4	Leistungen	5	Besondere Bestimmungen
4.1	Leistungsüberblick	5.1	Mitwirkungspflichten bei Krankheit
4.2	Begriffsdefinitionen	5.2	Prämien
4.2.1	Invalidität	5.3	Verhalten im Schadenfall
4.2.2	Krankheit	5.4	Mitteilungen und Anzeigen
4.2.3	Arbeitsunfähigkeit	5.5	Militärdienst
4.2.4	Erwerbsunfähigkeit	5.6	Erfüllungsort
4.2.5	Zumutbarkeit	5.7	Gerichtsstand und anwendbares Recht
4.3	Versicherungssummen	5.8	Inkrafttreten und Änderungen
4.3.1	Höhe der Versicherungssummen		
4.3.2	Höchstversicherungssummen		
4.3.3	Minimale Versicherungssummen		
4.3.4	Überholende Kausalität		
4.3.5	Degressive Abnahme der Kapitalleistungen nach dem 56. bis zum 65. Altersjahr		
4.4	Invaliditätskapital		
4.4.1	Anspruch auf das Invaliditätskapital		
4.4.2	Zeitpunkt des Anspruchs auf das Invaliditätskapital		

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck und Inhalt der Versicherung

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

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

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Schweizerische National Leben AG, Bottmingen (nachstehend Versicherer). Aus diesem Versicherungsvertrag entstehende Ansprüche richten sich ausschliesslich gegen den Versicherer.

1.3 Grundlagen

Die Grundlagen des Vertrages bilden der individuelle Versicherungsantrag, die Versicherungspolice, die Gemeinsamen Bestimmungen und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB kti) risikokapitalversicherung bei tod und invalidität durch krankheit sowie subsidiär die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG).

1.4 Versicherungsbedingungen

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB kti) umschreiben die Rechte und Pflichten der versicherten Person bzw. deren Anspruchsberechtigten. Sie legen insbesondere die Kapitalansprüche der versicherten Person bei Erwerbsunfähigkeit sowie der Begünstigten bei Tod der versicherten Person infolge Krankheit fest.

Die Gemeinsamen Bestimmungen sind integrierter Bestandteil der vorliegenden Risikokapitalzusatzversicherung. Bei Abweichungen gehen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB kti) den Gemeinsamen Bestimmungen vor.

1.5 Versicherte Personen

Versicherbar sind Einzelpersonen mit Wohnsitz in der Schweiz sowie Grenzgänger und deren Familienangehörige, die sich gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB kti) freiwillig versichern.

Versichert werden Einzelpersonen, die im Zeitpunkt der Antragsstellung eine Kranken- oder Krankenzusatzversicherung bei der Kasse abgeschlossen haben oder eine solche beantragt haben.

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.

2 Versicherungsschutz

2.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem von der Kasse dem

Antragsteller schriftlich mitgeteilten Tag des Versicherungsbeginns, frühestens jedoch mit dem auf der Versicherungspolice bestätigten Datum.

2.2 Voraussetzungen des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz ist gegeben, sofern die versicherte Person im Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsschutzes vollumfänglich arbeitsfähig ist, nicht in periodischer ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht und sofern ihre anfängliche oder später zusätzlich zu versichernde Leistungen bestimmte, vom Versicherer definierte Summengrenzen nicht übersteigen. Anderenfalls ist der Versicherungsschutz nicht gegeben bzw. wird die Versicherungssumme auf die zulässigen Werte angepasst (vgl. Ziffer 4.3.2).

Der Versicherungsschutz ist zudem nicht gegeben, wenn der Versicherungsfall auf eine Krankheit, ein Gebrechen oder auf Unfallfolgen zurückzuführen ist, die schon vor Beginn des Versicherungsschutzes bestanden haben.

2.3 Wegfall des Versicherungsschutzes

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

2.4 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz besteht in allen Teilen der Welt.

3 Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung

3.1 Beginn und Dauer der Versicherung

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

Das Versicherungsverhältnis dauert längstens bis zum Tag der Vollendung des 65. Altersjahrs 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

Eine Erhöhung der Versicherungssumme ist im Rahmen der vom Versicherer definierten Alterskategorien und Versicherungssummen (vgl. Ziffer 4.3.2) vor Erreichen des Abschlussalters der versicherten Person durch einen entsprechenden Antrag jederzeit möglich.

3.3 Sistierung der Versicherung

Eine Sistierung der Versicherung ist nicht möglich.

3.4 Beendigung der Versicherung

Die Versicherung und mithin der Versicherungsschutz erlöschen in folgenden Fällen:

- bei Tod der versicherten Person,
- bei Wegzug ins Ausland (ausser bei Erwerb des Grenzgängerstatuts),
- bei Erreichen des Schlussalters am Tag nach Vollendung des 65. Altersjahres,
- bei Auszahlung eines Invaliditätskapitals erlischt die Invaliditätskapitalversicherung,
- bei Kündigung gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen.

4.1 Leistungsüberblick

Der Versicherer erbringt der/den anspruchsberechtigten Person/-en 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 bleibende ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit.

4.2.2 Krankheit

Als Krankheit gilt eine vom Willen einer versicherten Person unabhängige Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die von einem Arzt feststellbar und nicht Folge eines Unfalls ist.

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 zufolge 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 Versicherungspolice aufgeführten Versicherungssummen.

4.3.2 Höchstversicherungssummen

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

Alterskategorie	Todesfallkapital max. CHF	Invaliditätskapital max. CHF
Kleinkinder von 0 bis 3 Jahren	2 500.–	100 000.–
Kinder von 4 bis 15 Jahren	20 000.–	100 000.–
Erwachsene von 16 bis 50 Jahren	300 000.–	300 000.–
Erwachsene von 51 bis 55 Jahren	200 000.–	200 000.–
Erwachsene von 56 bis 65* Jahren	100 000.–	100 000.–

* bis Schlussalter gemäss Ziffer 3.1

Die Todesfallsumme ist in der Alterskategorie von 0 bis 3 Jahren auf CHF 2 500.– beschränkt.

In der jeweiligen Alterskategorie ist die Versicherungssumme für das Invaliditätskapital durch die versicherte Person in Stufen von jeweils CHF 10 000.– bis zur Höchstversicherungssumme frei wählbar.

Bei Erreichen einer neuen Alterskategorie werden die Versicherungssummen auf die Höchstversicherungssummen der entsprechenden Alterskategorie reduziert und die Prämien entsprechend angepasst. Übersteigt das versicherte Todesfall- oder Invaliditätskapital den Höchstbetrag der neuen Alterskategorie nicht, bleiben die Versicherungssummen unverändert.

4.3.3 Minimale Versicherungssummen

In der Alterskategorie von 4 bis 15 Jahren beträgt die minimale Versicherungssumme bei Tod oder bei Invalidität CHF 10 000.–.

In den Alterskategorien von 16 bis 55 Jahren beträgt die minimale Versicherungssumme bei Tod oder Invalidität CHF 20 000.–.

4.3.4 Überholende Kausalität

Stirbt die versicherte Person vor Ausrichtung der Invaliditätskapitalleistung, wird lediglich die versicherte Todesfallsumme ausbezahlt. Ist keine Todesfallleistung versichert, entfällt die Invaliditätskapitalleistung, wenn die versicherte Person vor deren Ausrichtung stirbt.

4.3.5 Degressive Abnahme der Kapitalleistungen nach dem 56. bis zum 65. Altersjahr

Die Todesfall- und Invaliditätskapitalleistungen nehmen vom 57. bis zum 65. Lebensjahr degressiv bei unveränderten Prämien um jährlich 10% der Versicherungssumme gemäss nachstehender Tabelle ab.

Alter	Versichertes Kapital max. CHF	Kapitalleistung	Auszahlungsbetrag max. CHF	Prämie
56. Altersjahr	100 000.–	100%	100 000.–	100%
57. Altersjahr	100 000.–	90%	90 000.–	100%
58. Altersjahr	100 000.–	80%	80 000.–	100%
59. Altersjahr	100 000.–	70%	70 000.–	100%
60. Altersjahr	100 000.–	60%	60 000.–	100%
61. Altersjahr	100 000.–	50%	50 000.–	100%
62. Altersjahr	100 000.–	40%	40 000.–	100%
63. Altersjahr	100 000.–	30%	30 000.–	100%
64. Altersjahr	100 000.–	20%	20 000.–	100%
65. Altersjahr	100 000.–	10%	10 000.–	100%

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 Schlusalters voraussichtlich dauernd erwerbsunfähig wird.

4.4.2 Zeitpunkt des Anspruchs auf das Invaliditätskapital

Der Versicherer erbringt das Invaliditätskapital frühestens nach einer Wartefrist von 24 Monaten. Die Wartefrist 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 50% attestiert.

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 Wartefrist angerechnet.

Werden Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung früher erbracht oder steht die dauernde Erwerbsunfähigkeit vor Ablauf der Wartefrist definitiv fest, kann das versicherte Invaliditätskapital ganz oder teilweise vorher erbracht werden. Der Versicherer entscheidet hierüber im Einzelfall.

4.4.3 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.

4.4.4 Abstufung der Invaliditätskapitalleistung

Die Invaliditätskapitalleistung wird in Abhängigkeit vom Grad der Erwerbsunfähigkeit des Versicherers 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 50% bis weniger als 70% besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Ausrichtung des Invaliditätskapitals im Verhältnis zum festgesetzten Invaliditätsgrad.
- Bei einer Erwerbsunfähigkeit unter 50% besteht kein Anspruch auf Ausrichtung eines Invaliditätskapitals.

4.4.5 Änderung des Erwerbsunfähigkeitsgrades

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

4.4.6 Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei erwerbstätigen Erwachsenen

Bei Erwerbstätigen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit aufgrund des von der versicherten Person erlittenen Erwerbsausfalles ermittelt.

Bei Erwerbstätigen 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 mit schwankendem oder unregelmässigem Einkommen wird der Durchschnitt des AHV-pflichtigen Einkommens der letzten 2 Kalenderjahre vor Beginn der Wartefrist herangezogen.

Bei Selbstständigerwerbenden wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit entweder aufgrund des Durchschnitts des AHV-pflichtigen Einkommens der letzten 2 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 ausgeglichenerem Arbeitsmarkt noch erzielen könnte; die Differenz, ausgedrückt in Prozenten des bisherigen Einkommens, ergibt den Grad der Erwerbsunfähigkeit.

4.4.7 Ermittlung des Erwerbsunfähigkeitsgrades bei nicht- oder teilerwerbstätigen Erwachsenen

Bei Nichterwerbstätigen und bei Erwerbstätigen, die ihre Erwerbstätigkeit aus nicht gesundheitlichen Gründen vollständig oder teilweise aufgeben, wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit mithilfe 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 Prozenten der bisherigen Tätigkeiten, ergibt den Grad der Erwerbsunfähigkeit.

Bei Teilerwerbstätigen wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit analog der gemischten Methode der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) ermittelt.

4.4.8 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

Der Anspruch auf das Todesfallkapital entsteht bei Tod der versicherten Person vor Erreichen des Schlusalters.

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 Begünstigung

Das Todesfallkapital erhalten die im Antrag begünstigten Personen. Eine Änderung der begünstigten Personen ist bis zum Tod jederzeit möglich und frei wählbar. Eine Änderung der Begünstigung ist schriftlich mitzuteilen.

Ist im Vertrag keine begünstigte Person aufgeführt, findet die ordentliche Begünstigungsordnung Anwendung, welche den überlebenden Ehegatten, bei dessen Fehlen die Kinder und bei deren Fehlen die weiteren gesetzlichen Erben der versicherten Person als begünstigte Personen der Todesfallkapitalleistung vorsieht.

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 verursacht worden ist, für welchen ein Unfallversicherer nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) oder die Militärversicherung nach dem Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG; SR 833.1) leistungspflichtig ist oder leistungspflichtig wäre. Dies gilt auch dann, falls die versicherte Person dem UVG nicht unterstellt ist oder wenn die Leistungen gemäss UVG oder MVG gekürzt oder verweigert werden.

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,
- Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen von Muskeln und Sehnen infolge plötzlicher eigener Kraftanstrengungen und von deren Folgen,
- Erfrierungen, Hitzschlag, Sonnenstich sowie Gesundheitsschädigungen durch ultraviolette Strahlen und deren Folgen, ausgenommen Sonnenbrand,
- unfreiwilliges Ertrinken,
- Schwangerschaften und Wochenbett ohne schwere Komplikationen.

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 auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, die Invaliditätskapitalleistung zu kürzen, wenn die Erwerbsunfähigkeit durch die versicherte Person grob fahrlässig herbeigeführt wurde.

4.6.4 Bei vorgeburtlichen Körperschädigungen, Geburtsgebrechen und deren Folgen

Kein Anspruch auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit besteht, wenn die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person auf vorgeburtliche 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 3 Jahren nach Antragstellung 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.

4.7 Reduzierter Anspruch auf Versicherungsleistungen

4.7.1 Zusammentreffen verschiedener Ursachen

Treffen verschiedene Ursachen zusammen, werden vom Versicherer Ansprüche in der Höhe anerkannt, die nicht Gegenstand der Unfall- oder Militärversicherung sind.

4.7.2 Zusammentreffen der Invaliditäts- und der Todesfallkapitalleistung

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

4.8 Sicherung und Auszahlung der Leistungen

4.8.1 Unveräusserlichkeit der Ansprüche

Sämtliche Leistungen aus dieser Versicherung (AVB kti) sind ausschliesslich für den persönlichen Unterhalt der anspruchsberechtigten Personen bestimmt. Eine Verpfändung, Abtretung oder betriebsrechtliche Pfändung der Leistungen ist vor ihrer Fälligkeit nicht möglich.

4.8.2 Prüfung des Versicherungsanspruches

Die zur Anspruchsprüfung einzureichenden Unterlagen umfassen grundsätzlich:

- bei Tod:
Familienregisterauszug / ärztliches Todesfallzeugnis / amtliche Todesfallbescheinigung;
- bei Erwerbsunfähigkeit:
ärztliches Zeugnis / Krankheitsunterlagen / 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 dem Versicherer vom Arztgeheimnis entbunden.

4.8.3 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen werden ausbezahlt, wenn die anspruchsberechtigten Personen sämtliche Unterlagen beigebracht haben, welche zur Prüfung und zur Beurteilung des Leistungsanspruchs benötigt werden.

Die Versicherungsleistungen werden mit dem Ablauf von vier Wochen, von dem Zeitpunkt an gerechnet, fällig, in dem der Versicherer sämtliche Unterlagen und Angaben erhalten hat, aus denen er sich von der Richtigkeit des Anspruches überzeugen kann. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Versicherungsprämien geschuldet.

Die Versicherungsleistungen werden in Schweizer Franken (CHF) erbracht.

5 Besondere Bestimmungen

5.1 Mitwirkungspflichten bei Krankheit

Die versicherte Person ist im Rahmen ihrer Mitwirkungs- und ihrer Schadenminderungspflicht gehalten, dem Versicherer die Ermächtigung zu erteilen, bei Spitälern, Ärzten, Amtsstellen, 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 den gegenwärtigen Gesundheitszustand sowie über den Verlauf der Krankheit zu geben.

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

Kommen die anspruchsberechtigten Personen einer dieser Obliegenheiten nicht nach, so tritt die Fälligkeit des Leistungsanspruchs nicht ein und der Versicherer ist befugt, die Leistungen zu verweigern. In diesem Fall dauert die Prämienzahlungspflicht an.

5.2 Prämien

Die Prämien werden aufgrund der Alterskategorie der versicherten Person und der Höhe der Versicherungssummen berechnet. Die Prämien bleiben jeweils für ein Kalenderjahr garantiert. Es besteht keine Tarifgarantie.

5.3 Verhalten im Schadenfall

Eine eingetretene Erwerbsunfähigkeit, die voraussichtlich die Leistungspflicht des Versicherers auslöst, ist ohne Verzug zu melden.

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

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

5.4 Mitteilungen und Anzeigen

Alle Mitteilungen und Anzeigen sind an die Kasse zu richten. Die Leistungsausrichtung des Versicherers im Versicherungsfall erfolgt über die Kasse.

5.5 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.

5.6 Erfüllungsort

Erfüllungsort ist der schweizerische oder liechtensteinische Wohnsitz der anspruchsberechtigten Person. Bei Fehlen eines solchen Wohnsitzes gilt der Sitz der Kasse als Erfüllungsort.

5.7 Gerichtsstand und anwendbares Recht

Bei Streitigkeiten aus diesem Vertrag steht den anspruchsberechtigten Personen wahlweise der Gerichtsstand an ihrem schweizerischen Wohnsitz oder am Gesellschaftssitz des Versicherers (Schweizerische National Leben AG, Bottmingen) offen. Auf den vorliegenden Vertrag findet ausschliesslich schweizerisches Recht Anwendung.

5.8 Inkrafttreten und Änderungen

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB kti) sind seit dem 31. Juli 2006 in Kraft.

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB kti) werden der versicherten Person mindestens 3 Monate vor Inkrafttreten bekannt gegeben.

Inhaltsverzeichnis

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

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

compensa (Erwerbsausfallversicherung für Einzelpersonen nach VVG) wird gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag durchgeführt.

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

compensa wird auch Nichterwerbstätigen angeboten.

1.2 Versicherungsträger

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

1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) und Gemeinsame Bestimmungen

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

2 Aufnahmebedingungen

Selbstständigerwerbende, Angestellte und Nichterwerbstätige (Hausfrauen und Hausmänner, Personen in Ausbildung und im Familienbetrieb mitarbeitende Angehörige ohne Barlohn) können in compensa aufgenommen werden, sofern sie:

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

3 Örtliche Geltung

3.1 Allgemeines

Die Versicherung gilt weltweit.

3.2 Arbeitsunfähigkeit im Ausland

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

3.3 Auslandsaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit

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

4 Versicherungsvarianten

Folgende Versicherungsvarianten können gewählt werden:

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

Diese Versicherungsvarianten können mit unterschiedlicher Leistungsdauer abgeschlossen werden.

5 Verfahren bei Versicherungsabschluss

5.1 Ärztliches Zeugnis

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

5.2 Übertritt aus der Kollektivversicherung

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

5.3 AHV-Rentenalter

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

6 Kündigung

6.1 Ausserordentliche Kündigung

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

6.2 Übrige Beendigungsgründe

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

- a) bei Aufgabe der Geschäftstätigkeit der selbstständigerwerbenden versicherten Person,
- b) bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland, ausgenommen ist die Verlegung ins grenznahe Ausland,
- c) bei Konkurseröffnung über die selbstständigerwerbende versicherte Person,
- d) bei Pensionierung (es kann jedoch eine Weiterversicherung bis zum vollendeten 70. Altersjahr beantragt werden),
- e) bei Wegzug ins Ausland, ausgenommen ist die Wohnsitznahme im grenznahen Ausland.

Der Versicherer kann innert 30 Tagen vom Vertrag zurücktreten:

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

7 Versicherungsumfang

7.1 Höhe des versicherten Taggeldes

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

7.2 Bemessungsgrundlage der Taggelder

7.2.1 Im Allgemeinen

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

7.3 Maximaldeckung

7.3.1 Im Allgemeinen

Die Höhe des versicherbaren Taggeldes pro Person ist auf CHF 200 000.– pro Jahr begrenzt.

7.3.2 Selbstständigerwerbende

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.

7.3.3 Angestellte

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

7.3.4 Nichterwerbstätige

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

7.3.5 Arbeitslose Personen

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

7.4 Unfalldeckung

Die Unfalldeckung kann mit eingeschlossen bzw. allein versichert werden.

7.5 Geburt

Im Krankentaggeld ist die Deckung des Erwerbsausfalls infolge Geburt mit eingeschlossen.

7.6 Leistungsbeginn und Wartezeiten

Der Versicherer bietet Taggeldversicherungen 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 von bis und mit 21 Tagen 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 diejenigen 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.

7.7 Anpassung der Versicherung

7.7.1 Anpassung an die Teuerung

Die versicherte Person kann die Anpassung ihrer Versicherung an die jährliche Teuerung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise verlangen. Die Kasse gewährt diese Anpassung

ohne Risikoprüfung, sofern in den letzten 2 Jahren keine Arbeitsunfähigkeit und kein Bezug von Taggeldern besteht. Die Anpassung ist für die letzten zwei abgeschlossenen Kalenderjahre möglich.

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

7.7.2 Arbeitslose Personen

Arbeitslose Personen können ihre Versicherung gegen eine entsprechende Prämienanpassung unabhängig von ihrem Gesundheitszustand in eine solche mit einer Wartezeit von 30 Tagen umwandeln. Der Betrag des versicherten Taggeldes wird auf Beginn der Arbeitslosigkeit auf die Höhe der Arbeitslosenentschädigung herabgesetzt.

8 Leistungen

8.1 Leistungsvoraussetzung

8.1.1 Arbeitsunfähigkeit

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

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

8.1.2 Ärztliches Zeugnis

Taggelleistungen setzen eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person voraus.

Die Kasse kann die Ärztin resp. den Arzt bestimmen.

8.2 Leistungsumfang

8.2.1 Im Allgemeinen

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

8.2.2 Selbstständigerwerbende und Nichterwerbstätige

Bei Selbstständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen erbringt der Versicherer die vereinbarte Taggeldsumme.

8.2.3 Angestellte

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

8.2.4 Teilarbeitsunfähigkeit

Bei Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 25% wird das Taggeld entsprechend gekürzt.

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

8.2.5 Unfall

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

8.2.6 Geburt

Taggelder bei Geburt werden erbracht, sofern vor der Geburt bei der Kasse 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.

Erhält die versicherte Person Leistungen aus der Mutterschaftsentschädigung nach dem EOG, werden diese an die Höhe der Leistungen von *compensa* angerechnet. Damit übernimmt *compensa* für Angestellte und Selbstständigerwerbende die Differenz zwischen der Mutterschaftsentschädigung nach EOG und dem versicherten Taggeld bei Geburt.

8.3 Leistungsdauer

8.3.1 Grundsatz

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

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

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

8.3.2 Geburt

Der Leistungsanspruch beginnt am Tag der Geburt.

Für ein Taggeld, das vor der Geburt während mindestens 3 voller Versicherungsjahre in gleicher Höhe versichert war, erstreckt sich die maximale Leistungsdauer auf 16 Wochen, d.h. zusätzlich zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG 2 Wochen in Höhe des versicherten Taggeldes bei Geburt. Bei kürzerer Versicherungsdauer beträgt die Leistungsdauer 8 Wochen.

Bei Geburt gilt die gleiche Wartezeit wie bei Krankheit. Die Wartezeit wird unabhängig von Krankheit und Unfall an die Leistungsdauer bei Geburt angerechnet. Wurde die Wartezeit infolge Schwangerschaftskomplikationen an die Leistungsdauer angerechnet, wird beim Geburtengeld auf eine erneute Anrechnung der Wartezeit verzichtet.

Die Taggelder bei Geburt werden an die maximale Leistungsdauer eines Versicherungsfalls angerechnet.

8.3.3 AHV-Rentalter

Bei Weiterversicherung im AHV-Rentalter besteht ein Anspruch auf das versicherte Taggeld während gesamthaft 90 Tagen, längstens jedoch bis zum vollendeten 70. Lebensjahr.

8.3.4 Arbeitslose Personen

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

8.3.5 Übertritt aus der Kollektivversicherung

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

8.4 Leistungsbeschränkungen

8.4.1 Leistungsausschluss

Neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen erwähnten Leistungsausschlüssen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen:

- a) für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind,
- b) bei Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die durch eine vom Versicherer nicht anerkannte Ärztin resp. Arzt oder Chiropraktorin resp. 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 unbezahltenurlaubes,
- f) nach Beendigung des Versicherungsvertrages.

8.4.2 Leistungseinschränkungen

Neben den in den Gemeinsamen Bestimmungen 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 der Kasse oder Anordnungen der Ärztin oder des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt,
- c) wenn die versicherte Person eine von der Kasse verlangte vertrauensärztliche Kontrolluntersuchung verweigert,
- d) wenn die versicherte Person sich weigert, eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

8.4.3 Rückerstattungspflicht

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

9 Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

9.1 Meldepflicht

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

Die von der Ärztin oder dem Arzt resp. der Chiropraktorin oder dem Chiropraktor ausgestellte Bescheinigung ist spätestens zehn Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit, bei Wartezeiten von mehr als 21 Tagen mit der Meldung betreffend Arbeitsunfähigkeit, der Kasse zuzustellen.

Bei Unterlassung ohne ausreichende Begründung gewährt der Versicherer Leistungen erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Meldung. Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheits- oder Unfallmeldungen sind maximal bis zu drei Tagen zulässig.

Angestellte haben den Nachweis von ungedecktem Erwerbsausfall zu erbringen.

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

9.2 Auskunftspflicht

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

Bei öfteren Kurzabsenzen innerhalb einer kürzeren Zeitspanne ist die Kasse berechtigt, von der versicherten Person einen Arztbesuch am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu verlangen.

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

Im Weiteren gelten die Auskunftspflichten gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen.

10 Prämien und Zahlungen

10.1 Prämienhöhe

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

Im Weiteren gelten für die Prämienfestsetzung, die Prämienzahlung, den Zahlungsverzug sowie die Prämienanpassung die Gemeinsamen Bestimmungen.

10.2 Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

10.2.1 Grundsatz

Bei Leistungsfreiheit wird ein Prämienrabatt gewährt.

10.2.2 Beobachtungsperiode

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

10.2.3 Rabattstufen

Es werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Rabattstufe	Prämie
0	100%
1	64%

Die Festsetzung der Rabattstufen kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

10.2.4 Stufenanpassung bei Leistungsbezug

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

10.2.5 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

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

10.2.6 Änderung der Versicherungsdeckung

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

10.3 Leistungsausrichtung

10.3.1 Auszahlung von Taggeldern

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

10.3.2 Tagelder bei Geburt

Tagelder bei Geburt werden an Selbstständigerwerbende und Angestellte erst dann ausbezahlt, wenn die Abrechnung der Mutterschaftsentschädigung gemäss EOG der Kasse vorliegt.

11 Leistungen Dritter

11.1 Angestellte und Nichterwerbstätige

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

Im Weiteren gelten die Regelungen der Gemeinsamen Bestimmungen.

11.2 Selbstständigerwerbende

Für Selbstständigerwerbende entspricht der Leistungsumfang der vereinbarten Taggeldsumme. Die Regelung betreffend Überversicherung gemäss den Gemeinsamen Bestimmungen kommt nicht zur Anwendung.

Hingegen werden keine Leistungen übernommen, die zulasten von Sozialversicherungen (KV, UV, IV, MV, AHV, AVI, EO, BV, FL etc.) gehen.

Der Leistungsanspruch ist bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden.

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

Für die verschiedenen Pakete gelten die nachfolgende Versicherungsbestimmungen.

vivao classic

classic standard

- basis
- Gemeinsame Bestimmungen
- allgemeiner zusatz
- kombi allgemein

classic standard mit privat unfall

- basis
- Gemeinsame Bestimmungen
- allgemeiner zusatz
- kombi allgemein (Krankheit)
- kombi privat unfall

classic komfort

- basis
- Gemeinsame Bestimmungen
- allgemeiner zusatz
- kombi komfort

classic halbprivat

- basis
- Gemeinsame Bestimmungen
- privat zusatz
- kombi halbprivat

classic privat

- basis
- Gemeinsame Bestimmungen
- privat zusatz
- kombi privat

classic global

- basis
- Gemeinsame Bestimmungen
- privat zusatz
- kombi global

classic flex

- basis
- Gemeinsame Bestimmungen
- privat zusatz
- kombi flex

classic salto

- basis
- Gemeinsame Bestimmungen
- salto

vivao casamed

casamed standard

- basis, insbesondere Kapitel 4, casamed Variante
- Gemeinsame Bestimmungen
- allgemeiner zusatz, insbesondere Kapitel 11, casamed Variante
- kombi allgemein, insbesondere Kapitel 7, casamed Variante

casamed standard mit privat unfall

- basis, insbesondere Kapitel 4, casamed Variante
- Gemeinsame Bestimmungen
- allgemeiner zusatz, insbesondere Kapitel 11, casamed Variante
- kombi allgemein (Krankheit) und kombi privat unfall, insbesondere Kapitel 7, casamed Variante

casamed komfort

- basis, insbesondere Kapitel 4, casamed Variante
- Gemeinsame Bestimmungen
- allgemeiner zusatz, insbesondere Kapitel 11, casamed Variante
- kombi komfort, insbesondere Kapitel 7, casamed Variante

casamed halbprivat

- basis, insbesondere Kapitel 4, casamed Variante
- Gemeinsame Bestimmungen
- privat zusatz, insbesondere Kapitel 11, casamed Variante
- kombi halbprivat, insbesondere Kapitel 7, casamed Variante

casamed privat

- basis, insbesondere Kapitel 4, casamed Variante
- Gemeinsame Bestimmungen
- privat zusatz, insbesondere Kapitel 11, casamed Variante
- kombi privat, insbesondere Kapitel 7, casamed Variante

casamed flex

- basis, insbesondere Kapitel 4, casamed Variante
- Gemeinsame Bestimmungen
- privat zusatz, insbesondere Kapitel 11, casamed Variante
- kombi flex, insbesondere Kapitel 7, casamed Variante

casamed salto

- basis, insbesondere Kapitel 4, casamed Variante
- Gemeinsame Bestimmungen
- salto, insbesondere Kapitel 7, casamed Variante

vivao mondial

mondial standard

- mondial
- basis
- Gemeinsame Bestimmungen, insbesondere Kapitel 6.2.1
- allgemeiner zusatz
- kombi allgemein

mondial standard mit privat unfall

- mondial
- basis
- Gemeinsame Bestimmungen, insbesondere Kapitel 6.2.1
- allgemeiner zusatz
- kombi allgemein (Krankheit)
- kombi privat unfall

mondial komfort

- mondial
- basis
- Gemeinsame Bestimmungen, insbesondere Kapitel 6.2.1
- allgemeiner zusatz
- kombi komfort

mondial halbprivat

- mondial
- basis
- Gemeinsame Bestimmungen, insbesondere Kapitel 6.2.1
- privat zusatz
- kombi halbprivat

mondial privat

- mondial
- basis
- Gemeinsame Bestimmungen, insbesondere Kapitel 6.2.1
- privat zusatz
- kombi privat

mondial global

- mondial
- basis
- Gemeinsame Bestimmungen, insbesondere Kapitel 6.2.1
- privat zusatz
- kombi global

mondial flex

- mondial
- basis
- Gemeinsame Bestimmungen, insbesondere Kapitel 6.2.1
- privat zusatz
- kombi flex

mondial grenzgänger

- mondial
- basis
- Gemeinsame Bestimmungen, insbesondere Kapitel 6.2.1
- allgemeiner zusatz oder privat zusatz
- kombi
- dental