glarner
krankenversicherung

2024

# Versicherungs-bedingungen

**Glarner Krankenversicherung**
Abläsch 8 · 8762 Schwanden
055 642 25 25 · info@glkv.ch · **glkv.ch**

# Versicherungsbedingungen

Ausgabe 2024

## *Inhaltsverzeichnis*


**1. Allgemeine Versicherungsbestimmungen (AVB) für Versicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)**

Statuten der Genossenschaft Glarner Krankenversicherung ..... 3

Allgemeine Versicherungsbestimmungen (AVB) für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) ..... 6

**2. Allgemeine Versicherungsbestimmungen (AVB) für Versicherungen der Produktelinie UNO nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**

Kundeninformation nach Artikel 3 VVG ..... 12

Gemeinsame Versicherungsbestimmungen ..... 13

Zusatz ALLGEMEIN und Zusatz PLUS ..... 22

FAMILY ..... 26

FAMILY FLEX ..... 31

PREMIUM ..... 37

KOMBI ..... 41

PRIVAT UNFALL. ..... 48

DENTAL ..... 51

TOURIST ..... 53

Taggeld COMPENSA ..... 63

**3. Allgemeine Versicherungsbestimmungen (AVB) für Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)**

Landwirtschaftliche Aushilfe ..... 68


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

glarner krankenversicherung

# Statuten der Genossenschaft Glarner Krankenversicherung

## Inhaltsverzeichnis


**Präambel**

**Allgemeines**

Art. 1 Form, Sitz, Firma und Tätigkeitsgebiet
Art. 2 Zweck
Art. 3 Versicherungen
Art. 4 Grundkapital

**Organisation**

Art. 5 Organe
**A. Generalversammlung**
Art. 6 Einberufung
Art. 7 Stimm- und Wahlrecht
Art. 8 Beschlussfähigkeit
Art. 9 Kompetenzen der Generalversammlung
Art. 10 Beschlussfassung
**B. der Vorstand**
Art. 11 Allgemeines
Art. 12 Rechte der Vorstandsmitglieder
Art. 13 Beschlussfähigkeit
Art. 14 Protokollführung
Art. 15 Zirkulationsbeschlüsse
Art. 16 Aufgaben des Vorstandes
Art. 17 Vertretung nach aussen
**C. Geschäftsleitung**
Art. 18 Aufgaben
**D. Revisionsstelle**
Art. 19 Wahl
Art. 20 Aufgaben der Revisionsstelle
Art. 21 Bericht der Revisionsstelle

**Finanzierung**

Art. 22 Finanzierung, Haftungsausschluss und Nachschusspflicht
Art. 23 Rechnungsjahr
Art. 24 Vermögensverwendung bei der Auflösung


## Präambel

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

## Allgemeines

### Art. 1 Form, Sitz, Firma und Tätigkeitsgebiet

Die Glarner Krankenversicherung (nachfolgend GLKV genannt) ist eine Genossenschaft mit unbestimmter Dauer und Sitz in Glarus Süd. Sie zeichnet unter der Firmenbezeichnung Genossenschaft Glarner Krankenversicherung.

Das Tätigkeitsgebiet umfasst den Kanton Glarus und die angrenzenden Kantone St. Gallen und Schwyz.

### Art. 2 Zweck

Die GLKV versichert ihre Genossenschafter gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Die Mitgliedschaft zur Genossenschaft wird begründet durch die schriftliche Beitrittserklärung (Antrag Grundversicherung (KVG)).

Mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses erlischt auch die Mitgliedschaft bei der Genossenschaft.

Die GLKV kann sich Verbänden anschliessen, Sektionen errichten sowie alle Geschäfte eingehen und Verträge abschliessen, die geeignet sind, den Zweck zu fördern oder welche direkt oder indirekt damit im Zusammenhang stehen.

### Art. 3 Versicherungen

Die GLKV unterzieht sich in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und in der freiwilligen Taggeldversicherung dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sowie dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) und ihren Vollziehungserlassen.

Die GLKV vermittelt Zusatzversicherungen nach VVG.

### Art. 4 Grundkapital

Die GLKV verfügt über kein festes Grundkapital.

## Organisation

### Art. 5 Organe

Die Organe der GLKV sind:

a. die Generalversammlung
b. der Vorstand
c. die Geschäftsleitung
d. die Revisionsstelle

## A. Generalversammlung

### Art. 6 Einberufung

Die Generalversammlung tritt in der Regel am Sitz der GLKV ordentlicherweise bis Ende Juni zusammen.

Die Einberufung der Generalversammlung erfolgt durch den Vorstand mindestens 20 Tage vor dem Versammlungstag unter Bekanntgabe der Geschäfte sowie bei Abänderung der Statuten unter Angabe des wesentlichen Inhalts der vorgeschlagenen Änderungen.

Vorbehalten bleibt die Einberufung, wenn ein Fünftel der Mitglieder, der Vorstand oder die Revisionsstelle diese verlangt.

Der Geschäftsbericht, die Bilanz, die Gesamtbetriebsrechnung und der Bestätigungsbericht mit Antrag der Revisionsstelle werden mindestens zehn Tage vor dem Versammlungstag bei der Verwaltung der GLKV zur Einsichtnahme aufgelegt.

Allfällige Anträge der Genossenschafter, welche von der Generalversammlung behandelt werden sollen, sind dem Vorstand spätestens bis Ende Januar schriftlich einzureichen.

### Art. 7 Stimm- und Wahlrecht

Jeder handlungsfähige Genossenschafter besitzt eine Stimme.

### Art. 8 Beschlussfähigkeit

Die Generalversammlung ist beschlussfähig, wenn sie ordnungsgemäss einberufen worden ist.

**Art. 9 Kompetenzen der Generalversammlung**

Der Generalversammlung obliegt:

a) Abnahme des Geschäftsberichts, der Bilanz, der Gesamtbetriebsrechnung und des Bestätigungsberichtes der Revisionsstelle.

b) Entlastung des Vorstandes.

c) Wahl und Abberufung des Präsidenten und der Mitglieder des Vorstandes und der Revisionsstelle.

d) Änderung der Statuten; vorbehalten bleibt die Bewilligung durch die Aufsichtsbehörde nach Art. 8 Abs. 1 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG).

e) Fusion und Auflösung der Genossenschaft; vorbehalten bleibt die Bewilligung durch die Aufsichtsbehörde nach Art. 9 des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG).

f) Beschluss, die Versicherungstätigkeit zu beenden mit Einreichung eines Gesuches um Entzug der Bewilligung an die Aufsichtsbehörde.

**Art. 10 Beschlussfassung**

Die Generalversammlung fasst ihre Beschlüsse und vollzieht die Wahlen, soweit das Gesetz oder die Statuten es nicht anders bestimmen, mit der einfachen Mehrheit der abgegebenen Stimmen in offener Abstimmung. Für Beschlüsse betreffend Art. 9 d, e und f ist eine Zweidrittelmehrheit erforderlich.

Wahlen und Abstimmungen erfolgen geheim, wenn der zehnte Teil der anwesenden Stimmberechtigten und wenigstens drei Stimmberechtigte es verlangen.

Über Gegenstände, die nicht mit der Einladung bekannt gegeben worden sind, darf nicht Beschluss gefasst werden, ausser über einen Antrag auf Einberufung einer weiteren Generalversammlung. Bei Beschlüssen über die Entlastung des Vorstands haben Personen, die in irgendeiner Weise an der Geschäftsführung teilgenommen haben, kein Stimmrecht.

## *B. Der Vorstand*

**Art. 11 Allgemeines**

Der Vorstand besteht aus dem Präsidenten, dem Vizepräsidenten, und mindestens zwei weiteren Mitgliedern. Die Vorstandsmitglieder werden von der Generalversammlung gewählt. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre, nach deren Ablauf eine Wiederwahl möglich ist.

Die Geschäftsleitung nimmt an den Vorstandssitzungen mit beratender Stimme teil.

**Art. 12 Rechte der Vorstandsmitglieder**

Die Vorstandsmitglieder haben das Recht, in der Sitzung des Vorstandes von den zur Geschäftsführung und Vertretung berufenen Personen Auskunft über den Geschäftsgang und über einzelne Geschäfte zu verlangen.

Der Vorstand kann die Vorlegung der Bücher und Akten anordnen. Der Vorstand kann die Revisionsstelle zu einer unangemeldeten Zwischenrevision vor Ort beauftragen, namentlich wenn Zweifel an der ordnungsgemässen Rechnungsführung und Verwaltung bestehen.

Jedes Vorstandsmitglied kann beim Präsidenten schriftlich die Einberufung einer Sitzung des Vorstandes einverlangen.

**Art. 13 Beschlussfähigkeit**

Der Vorstand versammelt sich auf Einladung des Präsidenten oder Vizepräsidenten so oft es die Geschäfte erfordern, mindestens jedoch zwei Mal im Jahr.

Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit der Mitglieder anwesend ist.

Er fasst die Beschlüsse mit der einfachen Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Im zweiten Wahlgang hat der Präsident den Stichentscheid.

**Art. 14 Protokollführung**

Über die Verhandlungen und Beschlüsse der Generalversammlung sowie des Vorstandes ist ein Protokoll zu führen, das vom Präsidenten und der protokollführenden Person unterzeichnet wird.

**Art. 15 Zirkulationsbeschlüsse**

Beschlüsse des Vorstandes können auch schriftlich auf dem Zirkularweg gefasst werden, sofern nicht ein Mitglied die mündliche Beratung verlangt. Sie sind in das Protokoll des Vorstandes aufzunehmen.

**Art. 16 Aufgaben des Vorstandes**

Im Rahmen der ihm obliegenden Aufgaben hat der Vorstand die Krankenversicherung mit aller Sorgfalt zu leiten.

Er ist befugt, über alle Angelegenheiten Beschluss zu fassen, die nicht der Generalversammlung oder anderen Kassenorganen übertragen oder vorbehalten sind.

Er ist insbesondere verpflichtet:

Die Geschäfte der Generalversammlung vorzubereiten und deren Beschlüsse auszuführen.

a) Die für den Geschäftsbetrieb erforderlichen AVB und Reglemente aufzustellen, die Prämien zu bestimmen und der Geschäftsleitung die nötigen Weisungen zu erteilen.

b) Die mit der Geschäftsführung und Vertretung Beauftragten – im Hinblick auf die Beobachtung der Vorschriften der Gesetze, Statuten, AVB und allfälliger Reglemente – zu überwachen und sich über den Geschäftsgang regelmässig unterrichten zu lassen.

c) Der Vorstand ist dafür verantwortlich, dass die Protokolle sowie die notwendigen Geschäftsbücher regelmässig geführt und die Gewinn- und Verlustrechnung, die Bilanz, die Jahresrechnungen, die Statistik, das Budget, die Planungsrechnungen und der Geschäftsbericht nach den gesetzlichen Vorschriften zur Prüfung unterbreitet werden.

d) Der Vorstand ist dafür besorgt, dass das Vermögen der Krankenkasse sorgfältig angelegt und verwaltet ist. Er stellt sicher, dass die Krankenversicherung über ein ihren Verhältnissen angemessenes Risikomanagement verfügt sowie über die nötigen internen Kontrollmechanismen.

e) Er nimmt Kenntnis vom Erläuterungsbericht der Revisionsstelle sowie von den Berichten und Dokumentationen des internen Kontrollsystems und ergreift die notwendigen Massnahmen.

**Art. 17 Vertretung nach aussen**

Der Vorstand vertritt die GLKV im Rechtsverkehr mit Dritten und vor Gericht.

Die rechtsverbindliche Unterschrift führen der Präsident, der Vizepräsident und der Geschäftsleitung kollektiv zu zweien.

Durch Beschluss des Vorstandes kann die Unterschriftsberechtigung an weitere Personen erteilt werden.

## *C. Geschäftsleitung*

**Art. 18 Aufgaben**

Die Geschäftsleitung leitet die laufenden Geschäfte der Krankenversicherung im Rahmen der Gesetze, Statuten, AVB und Reglemente sowie der Weisung des Vorstandes.

Sie ist insbesondere für die Aufnahme der Mitglieder, das Inkasso der Prämien, die Auszahlung der fälligen Versicherungsleistungen, die Buchführung der Krankenversicherung und die Korrespondenz zuständig.

Die Geschäftsleitung steht unter Aufsicht des Vorstandes. Sie hat die Weisungen des Vorstandes im Rahmen der einschlägigen Gesetzesbestimmungen zu befolgen und zu erfüllen.

Der Vorstand kann der Geschäftsleitung zusätzliche Kompetenzen übertragen.

## *D. Revisionsstelle*

**Art. 19 Wahl**

Die Generalversammlung wählt jährlich eine externe und unabhängige Revisionsstelle, die die Anforderungen des Artikels 25, Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG), erfüllt.

**Art. 20 Aufgaben der Revisionsstelle**

Die Revisionsstelle prüft ob die Jahresrechnung hinsichtlich Form und Inhalt den gesetzlichen Vorschriften, Statuten und Reglementen entspricht. Überdies prüft sie ob nach Massgabe der Weisungen der Aufsichtsbehörde, die Bestimmungen des Krankenversicherungsaufsichtsgesetzes (KVAG), des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und von deren Vollzugsverordnungen eingehalten sind.

Der Vorstand und die Revisionsstelle können bei Zweifeln an der ordnungsgemässen Rechnungsführung und Verwaltung vor Ort unangemeldete Prüfungen anordnen respektive durchführen (Zwischenrevision).

**Art. 21 Bericht der Revisionsstelle**

Die Revisionsstelle erstellt über die jährliche Revision und jede Zwischenrevision einen Bericht. Diese Berichte geben Auskunft über den Zeitpunkt und den Umfang der vorgenommenen Revisionen, die gemachten Feststellungen und die daraus zu ziehenden Schlüsse.

Zwei vollständige und übereinstimmende Exemplare jedes Berichtes sind dem zuständigen Organ der Kasse sowie dem BAG im Original einzureichen. Der Bericht über die jährliche Revision ist bis zum 30. Juni des folgenden Jahres, die Berichte über die Zwischenrevision sind innert drei Monaten seit der Durchführung der Kontrollen einzureichen.

Stellt die Revisionsstelle wesentliche Mängel, Unregelmässigkeiten, Missstände oder andere Tatbestände fest, welche die finanzielle Sicherheit der Kasse oder deren Fähigkeit, ihre Aufgaben zu erfüllen, in Frage stellen, so unterbreitet sie den Bericht unverzüglich dem leitenden Organ der GLKV und dem BAG.

## *Finanzierung*

**Art. 22 Finanzierung , Haftungsausschluss und Nachschusspflicht**

Die GLKV finanziert sich durch Versicherungsprämien, Kostenbeteiligungen, Rückversicherungsleistungen und Einnahmen anderer Art. Diese richten sich nach dem Gesetz und seinen Ausführungsbestimmungen sowie den hierauf basierenden Prämientarifen der GLKV.

Jede persönliche Haftung der Genossenschafter und jegliche Nachschusspflicht sind ausgeschlossen. Für die Verbindlichkeiten der GLKV haftet diese ausschliesslich mit ihrem Vermögen.

**Art. 23 Rechnungsjahr**

Das Rechnungsjahr ist das Kalenderjahr.

**Art. 24 Vermögensverwendung bei der Auflösung**

Bei Beendigung der Versicherungstätigkeit fällt ein allfälliger Vermögensüberschuss in den Insolvenzfonds der gemeinsamen Einrichtung wenn das Vermögen und der Versichertenbestand nicht durch Vertrag auf eine andere Krankenversicherung übertragen werden.

Die vorliegenden Statuten vom 30. September 2010 wurden von der Generalversammlung am 5. Mai 2017 angepasst und treten per Versammlungsdatum in Kraft.

Für die Glarner Krankenversicherung

| Präsident | Vizepräsident |
|---|---|
| Hansruedi Zopfi | Markus Reichenbach |

# *Allgemeine Versicherungsbestimmungen (AVB) für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)*

Versicherungsträger: Glarner Krankenversicherung, Gültig ab 01.01.2018

## *Inhaltsverzeichnis*


**I Gemeinsame Bestimmungen**

Art. 1 Gültigkeit
Art. 2 Beitritt und Aufnahme
Art. 3 Sistierung der Versicherungsdeckung
Art. 4 Tätigkeitsgebiet
Art. 5 Ende der Versicherung
Art. 6 Melde-, Auskunfts- und Mitwirkungspflicht
Art. 7 Schadenminderungspflicht der versicherten Person
Art. 8 Abgeltungsvereinbarungen
Art. 9 Rückerstattung
Art. 10 Verrechnungsverbot
Art. 11 Abtretung und Verpfändung
Art. 12 Bezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen
Art. 13 Schweigepflicht
Art. 14 Versichertenkarte und Datenschutz
Art. 15 Rechtspflege

**II Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit wählbaren Franchisen**

Art. 16 Grundsatz
Art. 17 Wahlmöglichkeiten
Art. 18 Beitritt/Austritt/Wechsel der Franchise
Art. 19 Kostenbeteiligung/Höchstbetrag

**III Taggeld nach KVG**

Art. 20 Zweck / Rechtsgrundlagen
Art. 21 Beitritt
Art. 22 Beginn / Ende / Sistierung
Art. 23 Vorbehalte
Art. 24 Wechsel des Versicherers
Art. 25 Ausscheiden aus einer Kollektivversicherung
Art. 26 Versicherungsangebot
Art. 27 Maximaldeckung
Art. 28 Leistungsanspruch
Art. 29 Arbeitslose Versicherte
Art. 30 Mutterschaft
Art. 31 Reduktion der Versicherung
Art. 32 Ausland
Art. 33 Unfall
Art. 34 Altersstufen und Prämien
Art. 35 Meldung / Zeugnis
Art. 36 Überentschädigung
Art. 37 Allgemeine Bestimmungen
Art. 38 Schlussbestimmungen


## *I Gemeinsame Bestimmungen*

### Art. 1 Gültigkeit

Die Genossenschaft Glarner Krankenversicherung (GLKV) erlässt die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) in Anwendung und Ergänzung der gesetzlichen Bestimmungen. Das Reglement ist nicht abschliessend. Massgebend sind das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) sowie die entsprechenden Ausführungsbestimmungen.

Dieses Reglement gilt für die von der GLKV nach dem KVG geführten Versicherungen. Die Publikation der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt unter www.glkv.ch

### Art. 2 Beitritt und Aufnahme

2.1 Der Beitritt ist auf dem von der GLKV abgegebenen Antragsformular schriftlich zu erklären. Für eine nicht handlungsfähige Person ist die Erklärung von ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterzeichnen. Die gestellten Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.

2.2 Der Antragssteller kann vor dem Ausfüllen des Formulars Einsicht in die AVB der GLKV nehmen.

2.3 Die Versicherung beginnt im Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme in der Schweiz Art. 5 Abs. 1 KVG.

### Art. 3 Sistierung der Versicherungsdeckung

3.1 Eine versicherte Person, die für Berufs- und Nichtberufsunfälle obligatorisch versichert ist, kann gegen eine Prämienermässigung die Sistierung der Unfalldeckung beantragen. Die Prämie wird auf Beginn des dem Antrag folgenden Monats reduziert.

Scheidet die versicherte Person aus der obligatorischen Unfallversicherung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG) aus, hat sie dies der GLKV innert eines Monats zu melden. Nach Erlöschen der Deckung gemäss UVG lebt die Unfalldeckung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wieder auf. Die Prämienzahlungspflicht besteht ab dem ersten Tag nach Wegfall der UVG-Deckung.

3.2 Eine versicherte Person ist ab Beginn der Unterstellung unter die Militärversicherung für die Tage der effektiven Unterstellung von der Prämienzahlung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung befreit, wenn sie die Unterstellung mindestens acht Wochen vor deren Beginn der GLKV meldet und die Unterstellung länger als 60 aufeinanderfolgende Tage dauert.

### Art. 4 Tätigkeitsgebiet

4.1 Die versicherte Person hat die Prämien gemäss dem für ihren Wohnort massgebenden Tarif zu entrichten.

4.2 Das Tätigkeitsgebiet der GLKV umfasst die Kantone GL, SG und SZ. Bei einem Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet der GLKV bleibt die Versicherung solange bestehen, bis die versicherte Person einen neuen Wohnsitz begründet hat (Wohnsitzgenehmigung Gemeinde).

### Art. 5 Ende der Versicherung

5.1 Die versicherte Person kann durch schriftliche Mitteilung unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalendersemesters von der GLKV zu einem anderen Versicherer wechseln.

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

5.2 Mit dem Austritt aus der GLKV enden die Versicherung und der Leistungsanspruch. Vorbehalten bleiben ausstehende Versicherungsleistungen.

5.3 Die ausgetretene, versicherte Person schuldet die Prämien, ausstehende Kostenbeteiligungen und Spesen bis zum Ende der Versicherung. Sie ist ferner zur Rückerstattung unrechtmässig bezogener Leistungen verpflichtet.

5.4 Die Prämien sind bei Wegzug ins Ausland oder Tod anteilsmässig geschuldet.

**Art. 6 Melde-, Auskunfts- und Mitwirkungspflicht**

6.1 Will die versicherte Person Leistungen beziehen, ist dies der GLKV zu melden.

6.2 Die versicherte Person hat der GLKV die zur Abklärung eines Leistungsanspruches und zur Festsetzung der Leistungen notwendigen Auskünfte zu erteilen und die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Sie hat die GLKV im Einzelfall zu ermächtigen, zu diesem Zweck in Akten anderer Versicherer oder von Behörden Einsicht zu nehmen.

6.3 Die versicherte Person hat der GLKV auf Verlangen Verfügungen und Rentenentscheide anderer Sozialversicherungen einzureichen, soweit sie die Leistungspflicht der GLKV berühren können.

6.4 Die versicherte Person ist verpflichtet, bei Krankheit und Unfall der GLKV über anderweitige Ansprüche und Bezüge, wie Versicherungsleistungen, Lohn, Lohnersatz, Renten usw. unaufgefordert Auskunft zu geben.

6.5 Auf Verlangen der GLKV hat sich die versicherte Person bei anderen Sozialversicherern anzumelden.

6.6 Die versicherte Person ist verpflichtet, der GLKV für die bargeldlose Leistungsrückerstattung ein Bank- oder Postkonto mitzuteilen. Andernfalls ist die GLKV berechtigt, einen Unkostenbeitrag von CHF 20.– zu erheben.

**Art. 7 Schadenminderungspflicht der versicherten Person**

Bei einem Unfall nach KVG hat die versicherte Person alles zu unternehmen, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Im Rahmen der Behandlung hat sie den zumutbaren Anordnungen des zugelassenen Leistungserbringers Folge zu leisten.

**Art. 8 Abgeltungsvereinbarungen**

Ist die Leistungspflicht der GLKV berührt, so hat die versicherte Person die GLKV über Vereinbarungen mit einem leistungspflichtigen Dritten, in welcher sie teilweise oder gänzlich auf Versicherungsleistungen oder Schadenersatz verzichtet, zu informieren.

**Art. 9 Rückerstattung**

Zu Unrecht bezogene Leistungen sind der GLKV zurückzuerstatten. Bei gutem Glauben und gleichzeitigem Vorliegen einer grossen Härte besteht keine Rückerstattungspflicht der versicherten Person.

**Art. 10 Verrechnungsverbot**

Versicherter und GLKV dürfen Versicherungsleistungen nicht mit Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

**Art. 11 Abtretung und Verpfändung**

Der Anspruch auf Leistungen ist gemäss Art. 22 Abs. 1 ATSG weder abtretbar noch verpfändbar. Abweichend davon können gemäss Art. 42 Abs. 1 KVG Ansprüche an Leistungserbringer abgetreten werden.

**Art. 12 Bezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen**

12.1 Die versicherte Person ist verpflichtet, die ihrer Versicherung und Einteilung entsprechenden Prämien gemäss Police im Voraus zu entrichten KVV Art. 90.

12.2 Auslagen der GLKV für Mahnungen und Betreibungen fallen zulasten der versicherten Person.

12.3 Bezahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat die GLKV ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzugs hinzuweisen KVG Art. 64a.

12.4 Vorbehalten bleiben die Bestimmungen des KVG bezüglich des Abkommens über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und der EU bzw. EFTA.

12.5 Die Prämien und Kostenbeteiligungen werden durch die GLKV in Schweizer Franken in Rechnung gestellt.

**Art. 13 Schweigepflicht**

Vorbehältlich der gesetzlichen Ausnahmen haben Mitarbeiter und Organe der GLKV gegenüber Dritten absolutes Stillschweigen über die Ihnen zugetragenen Daten der Versicherten zu bewahren, namentlich über Diagnosen, Gesundheitszustand, Leistungsanspruch und Leistungsbezug sowie von Einkommens- und Vermögensverhältnissen der versicherten Personen (Art. 33 ATSG).

**Art. 14 Versichertenkarte und Datenschutz**

Die GLKV muss allen nach der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 versicherungspflichtigen Personen eine Versichertenkarte ausstellen. Auf der Rückseite der Versichertenkarte werden die Daten der Europäischen Krankenversicherungskarte aufgedruckt. Die Versichertenkarte ist persönlich und nicht übertragbar. Die Rechte und Pflichten der GLKV sowie der versicherten Person sind in der Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 14. Februar 2007 ersichtlich.

**Art. 15 Rechtspflege**

15.1 Ist eine versicherte Person oder ein Bewerber mit einem Entscheid der GLKV nicht einverstanden, so erlässt die GLKV innert 30 Tagen eine schriftlich begründete Verfügung mit Hinweis auf Einspracherecht und Einsprachefrist.

15.2 Gegen eine solche Verfügung der GLKV kann innert 30 Tagen seit deren Zustellung Einsprache bei der GLKV erhoben werden. Gegen den Einspracheentscheid der GLKV kann innert 30 Tagen Verwaltungsgerichtsbeschwerde beim kantonalen Versicherungsgericht erhoben werden. Zuständig ist das Versicherungsgericht jenes Kantons, in welchem die versicherte Person, der Bewerber oder der beschwerdeführende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung seinen Wohnsitz hat.

## II Obligatorische Krankenpflegeversicherung- mit wählbaren Franchisen

### Art. 16 Grundsatz

16.1 Die GLKV führt als besondere Versicherungsform die Versicherung mit wählbaren Franchisen.

16.2 Die Leistungen dieser Versicherung entsprechen im Übrigen jenen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

### Art. 17 Wahlmöglichkeiten

17.1 Die wählbaren Franchisen sind wie folgt abgestuft:

| Wahlfranchise Erwachsene | Wahlfranchise Kinder |
|---|---|
| CHF 500.– | CHF 300.– |
| CHF 1000.– | CHF 400.– |
| CHF 1500.– | CHF 500.– |
| CHF 2000.– | CHF 600.– |
| CHF 2500.– | |

17.2 Der Franchisebetrag wird im Versicherungsausweis (Police) ausgewiesen.

17.3 Die Prämienreduktion bemisst sich nach der für die betreffende versicherte Person geltende Prämie der ordentlichen obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

### Art. 18 Beitritt/Austritt/Wechsel der Franchise

18.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht ausser den versicherten Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Island oder Norwegen Wohnsitz haben (Art. 101a KVV), sämtlichen Personen offen. Die Wahl einer höheren Franchise ist nur auf Beginn eines Kalenderjahres möglich.

18.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist frühestens ein Jahr nach dem Beitritt zur Versicherung mit wählbaren Franchisen unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

### Art. 19 Kostenbeteiligung/Höchstbetrag

19.1 Nebst dem festen Jahresbeitrag (Franchise) beteiligt sich die versicherte Person an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie eine versicherte Person der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Selbstbehalt auf den die Franchise übersteigenden Kosten/ täglicher Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital).

19.2 Es gelten folgende maximale Kostenbeteiligungen (Franchise und Selbstbehalt) bei mehreren Kindern innerhalb einer Familie:

| Franchise | Kosten-beteiligung pro Kind | maximale Kostenbeteiligung mehrere Kinder |
|---|---|---|
| CHF 0 | CHF 350.– | CHF 600.– |
| CHF 300.– | CHF 650.– | CHF 650.– |
| CHF 400.– | CHF 750.– | CHF 750.– |
| CHF 600.– | CHF 950.– | CHF 950.– |

19.3 Bei unterschiedlichen versicherten Kinderfranchisen innerhalb einer Familie kommt die maximale Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) der jeweils höchsten versicherten Franchise zur Anwendung.

19.4 Bei Behandlungen in einem EU- oder EFTA-Staat sind die Kostenbeteiligungsregelungen des jeweiligen Staates anwendbar.

## III Taggeld nach KVG

### Art. 20 Zweck / Rechtsgrundlagen

20.1 Gemäss ihren AVB nach KVG führt die GLKV die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG.

20.2 Die Taggeldversicherung gewährt Leistungen für Erwerbsausfall bei Krankheit, Unfall, soweit mitversichert und dafür keine Unfallversicherung aufkommt, und Mutterschaft.

### Art. 21 Beitritt

21.1 Wer im Tätigkeitsgebiet der GLKV Wohnsitz hat oder dort erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat, kann bei der Glarner Krankenversicherung eine Taggeldversicherung abschliessen.

21.2 Er kann hierfür einen anderen Versicherer wählen als für die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

21.3 Die Taggeldversicherung kann als Kollektivversicherung abgeschlossen werden, namentlich von:

- Arbeitgebern für sich und ihre Arbeitnehmer;
- Arbeitgeberorganisationen und Berufsverbände für ihre Mitglieder und Arbeitnehmer ihrer Mitglieder;
- Arbeiternehmerorganisationen für ihre Mitglieder

### Art. 22 Beginn / Ende / Sistierung

22.1 Die Versicherung beginnt mit dem im Antragsformular festgehaltenen Datum, frühestens jedoch nach erfolgter Risikoprüfung durch die GLKV.

22.2 Die Taggeldversicherung erlischt mit dem Tod, Austritt, Erschöpfung der Leistungen, Ausschluss, oder Vollendung des 65. Altersjahres gemäss Art. 32. Ein Austritt kann jederzeit auf das Ende des nächsten Monates erfolgen.

22.3 Bei Versicherten, die aus dem Tätigkeitsgebiet der GLKV wegziehen, endet der Vertrag. Versicherte haben Anspruch auf eine Weiterführung ihrer bestehenden Taggeldversicherung bei einem im Wohngebiet des Versicherten tätigen KVG-Versicherers. Vorbehalten bleiben abweichende Vorschriften im Rahmen zwischenstaatlicher Sozialversicherungsabkommen.

22.4 Erweist sich das Verhalten eines Versicherten als missbräuchlich oder sonst wie unentschuldbar und ist die Weiterführung der Taggeldversicherung der Kasse nicht mehr zumutbar, kann der Versicherte nach vorausgegangener Androhung der Sanktionen in den folgenden Fällen ausgeschlossen werden, wenn er

- den Versicherungsantrag nicht wahrheitsgetreu ausgefüllt hat
- sich den Anordnungen des Arztes wiederholt wider-setzt oder diese schwer verletzt

- mit der Bezahlung der Prämien wiederholt im Verzug ist und einer Zahlungsaufforderung mit Androhung des Ausschlusses nicht innert Monatsfrist nachkommt
- aus anderen wichtigen Gründen

22.5 Versicherte, die bei der GLKV während längerer Zeit vom Anspruch auf Versicherungsleistungen befreit sind, können die Taggeldversicherung in folgenden Fällen gegen eine Risikoprämie während längstens 5 Jahren sistieren

- wenn sie für länger als 3 Monate ins Ausland ziehen
- bei einem Aufenthalt von mehr als 3 Monaten in einer Straf-, Verwahrungs- oder Erziehungsanstalt
- bei einer obligatorischen Versicherung bei einer anderen Krankenkasse (z.B. Kollektiv oder Betriebskrankenkasse) sowie in sinngemäss anderen Fällen
- bei Militär- oder Zivilschutzdienst von zusammenhängend mehr als zwei Monaten

Sind die voran genannten Voraussetzungen nicht mehr gegeben, ist der Versicherte verpflichtet, die Taggeldversicherung innert 14 Tagen wieder zu aktivieren. Die Risikoprämie beträgt 10% der ordentlichen Prämienansätze, im Minimum aber CHF 4.– pro Monat.

Die Sistierung ist im Voraus schriftlich zu beantragen.

**Art. 23 Vorbehalte**

23.1 Die GLKV kann Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von maximal fünf Jahren der Versicherung ausschliessen. Das gleiche gilt für frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können.

23.2 Der Versicherungsvorbehalt fällt spätestens nach fünf Jahren dahin. Die Versicherten können vor Ablauf dieser Frist den Nachweis erbringen, dass der Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.

23.3 Der Versicherungsvorbehalt ist nur gültig, wenn er der versicherten Person schriftlich mitgeteilt wird und die vorbehaltene Krankheit sowie Beginn und Ende der Vorbehaltungsfrist in der Mitteilung genau bezeichnet wird.

23.4 Bei einer Erhöhung des versicherten Taggeldes und bei einer Verkürzung der Wartefrist gelten die Absätze 25.1– 25.3 sinngemäss.

**Art. 24 Wechsel des Versicherers**

24.1 Die GLKV darf keine neuen Vorbehalte anbringen, wenn die versicherte Person zu ihr wechselt, weil:

- die Aufnahme oder die Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses dies verlangt;
- sie aus dem Tätigkeitsbereich des bisherigen Versicherers ausscheidet
- der bisherige Versicherer die soziale Krankenversicherung nicht mehr durchführt.

24.2 Die GLKV kann Vorbehalte des bisherigen Versicherers bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist weiterführen.

24.3 Der bisherige Versicherer sorgt dafür dass die versicherte Person schriftlich über ihr Recht auf Freizügigkeit aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt der Versicherungsschutz bei ihm bestehen. Die versicherte Person hat ihr Recht auf Freizügigkeit innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.

24.4 Die GLKV muss auf Verlangen der versicherten Person das Taggeld im bisherigen Umfang weiterversichern. Sie kann dabei die beim bisherigen Versicherer bezogenen Taggelder auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach Art. 72 KVG anrechnen.

**Art. 25 Ausscheiden aus einer Kollektivversicherung**

25.1 Scheidet eine versicherte Person aus einer Kollektivversicherung aus, weil sie nicht mehr zu dem im Vertrag umschriebenen Kreis der Versicherten zählt oder weil der Vertrag aufgelöst wird, so hat sie das Recht, in die Einzelversicherung der Kasse überzutreten. Soweit die versicherte Person in der Einzelversicherung nicht höhere Leistungen versichert, dürfen keine neuen Versicherungsvorbehalte angebracht werden; das im Kollektivvertrag massgebende Eintrittsalter ist beizuhalten.

25.2 Die GLKV klärt versicherte Personen schriftlich über ihr Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung auf. Unterlässt sie dies, so bleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung, Sie hat ihr Übertrittsrecht innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.

**Art. 26 Versicherungsangebot**

26.1 Die Höhe des Taggelds wird zwischen dem Mitglied und der Kasse vereinbart. Der Kassenvorstand bestimmt das Maximum des gemäss KVG versicherbaren Taggeldes, derzeit maximal CHF 50.–.

26.2 Die Taggeldversicherung kann wie folgt abgeschlossen werden:

- mit Leistungsbeginn ab 2. Erkrankungstag
- mit Leistungsbeginn nach 1 / 2 / 3 / 7 / 10 / 14 / 21 / 30 / 60 / 90 / 120 / 150 / 180 / 240 / 270 oder 360 Erkrankungstagen

26.3 Sofern kein Taggeldbezug ansteht, können Taggeldversicherungen im Ausmasse gleicher Prämien in eine andere Taggeldversicherungs-Variante umgewandelt werden, ohne dass dies als Höherversicherung gilt. Vorbehalten bleiben anderslautende, gesetzliche Umwandlungsbestimmungen für Arbeitslose.

**Art. 27 Maximaldeckung**

27.1 Versicherbar ist der, der versicherten Person durch den Versicherungsfall mutmasslich entgangener Verdienst.

Das versicherbare Taggeld errechnet sich als der 365. Teil des durchschnittlichen, massgeblichen Verdienstausfalls eines Jahres.

Taggeld-Versicherungen bei anderen Versicherern müssen deklariert werden. Werden diese nach Abschluss einer Taggeld-Versicherung bei der Kasse abgeschlossen, sind sie ebenfalls meldepflichtig.

Die Kasse kann bei einer dauernden Überversicherung das versicherte Taggeld unter Anhörung des Mitglieds entsprechend herabsetzen. Die Herabsetzung erfolgt auf Ende Monat ohne Kündigungsfrist.

27.2 Auf den 1. desjenigen Monats, in welchem ein versichertes Mitglied das AHV-Alter erreicht, erlischt die Taggeldversicherung und damit die Leistungspflicht, vorbehältlich bereits entstandener Ansprüche.

Taggeldversicherten, im AHV-Alter kann auf ein entsprechendes Gesuch hin die Weiterführung einer Taggeldversicherung im Rahmen von höchstens CHF 10.– unter Anpassung der entsprechenden Prämie bewilligt werden.

Dieser Versicherungsschutz dauert längstens bis zum vollendeten 70. Altersjahr. Das versicherte Taggeld wird insgesamt längstens für 90 Tage ausgerichtet, wobei allfällige Aufschubszeiten an diese 90 Tage angerechnet werden.

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

27.4 Mitglieder, deren Einkommen aus einer selbständigen Erwerbstätigkeit stammt, können sich bis zu Höhe ihres AHV-pflichtigen Einkommens, nach der letzten erlassenden Beitragsverfügung der AHV, versichern.

**Art. 28 Leistungsanspruch**

28.1 Leistungsvoraussetzungen sind

- eine vom behandelnden Arzt oder Chiropraktiker bescheinigte und tatsächlich bestehende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50%
- bei Erwerbstätigen ein nachgewiesener Erwerbsausfall

28.2 Das Taggeld wird für eine oder mehrere Krankheiten längstens während 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen ausgerichtet. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen der nachstehenden Ziffer 5.

Leistungen bei Mutterschaft werden nicht auf die maximale Bezugsdauer angerechnet.

28.3 Ein Anspruch auf Leistungen besteht erst nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist. Diese wird vom Tag des Beginns der ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit an berechnet. Ist keine Wartefrist vereinbart, entsteht der Anspruch auf Taggeld am dritten Tag nach dem ärztlich bescheinigten Beginn jeder Arbeitsunfähigkeit.

28.4 Die vereinbarte Wartefrist von 7 oder mehr Tagen gilt ein Mal pro Kalenderjahr. Geht die Arbeitsunfähigkeit über ein Kalenderjahr hinaus, ist die Wartefrist erst wieder zu bestehen, wenn der Versicherte zwischenzeitlich arbeitsfähig war.

28.5 Bei Taggeldversicherungen mit einem aufgeschobenen Leistungsbeginn nach 7 oder mehr Tagen ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit wird die Aufschubszeit auf die maximale Leistungsdauer von 720 Tagen innert 900 Tagen angerechnet, sofern der Arbeitgeber während der Wartefrist zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist.

28.6 Eine Kürzung des Taggeldes wegen vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles führt nicht zu einer Verlängerung der Leistungsdauer.

28.7 Der Versicherte darf die Aussteuerung nicht durch den teilweisen Verzicht auf Taggeldleistungen verhindern.

28.8 Vorbehalten bleiben zwingende gesetzliche Vorschriften bei Arbeitslosigkeit, gemäss Art. 30 dieses Reglementes.

28.9 Bei Erschöpfung der Genussberechtigung erlischt die Taggeldversicherung.

**Art. 29 Arbeitslose Versicherte**

29.1 Arbeitslosen Versicherten wird bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50% das volle Krankengeld und bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25%, aber höchstens 50%, das halbe Krankengeld ausgerichtet.

29.2 Überdies können arbeitslose Versicherte gegen eine angemessene Prämienanpassung ihre bisherige Krankengeldversicherung in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab 31. Tag umwandeln. Dies unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe, bei Beachtung des bisherigen Eintrittsalters und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der Umwandlung.

**Art. 30 Mutterschaft**

30.1 Bei Schwangerschaft und Niederkunft werden die versicherten Taggelder gewährt, sofern die Versicherte bis zum Tage der Niederkunft während mindestens 270 Tagen und ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten für das zum Zeitpunkt der Mutterschaftsleistungen versicherte Taggeld versichert war.

30.2 Die Versicherte hat Anspruch auf ein Mutterschaftstaggeld von 16 Wochen, wovon mindestens 8 Wochen nach der Niederkunft liegen müssen.

**Art. 31 Reduktion der Versicherung**

Auf den 1. desjenigen Monates, in welchem ein Versicherter das AHV-Alter erreicht, wird (bei entsprechender Prämienanpassung) das Taggeld auf Maximum CHF 10.– reduziert.

**Art. 32 Ausland**

Tritt eine Arbeitsunfähigkeit während eines vorübergehenden Auslandaufenthalts ein, wird das versicherte Taggeld nur während der Dauer eines stationären Heilanstaltsaufenthaltes ausgerichtet. Vorbehalten bleiben andere Vorschriften im Rahmen zwischenstaatlicher Sozialversicherungsabkommen.

**Art. 33 Unfall**

33.1 Unfälle sind – sofern gegen eine zusätzliche Prämie mitversichert – der Krankheit gleichgestellt, soweit dieses Reglement keine abweichenden Bestimmungen enthält. Will ein Antragssteller bzw. Versicherter das Unfallrisiko ausschliessen, hat er dies im Antragsformular ausdrücklich zu vermerken und unterschriftlich zu bestätigen resp. bei bestehenden Versicherungen schriftlich zu beantragen. Danach hat der Versicherte die um den Ausschluss des Unfallrisikos reduzierte Prämie zu bezahlen. Rückwirkende Änderungen sind nicht möglich.

33.2 Für jeden Unfall ist der Kasse innert 5 Tagen das von ihr zur Verfügung gestellte Unfallmeldeformular ausgefüllt zuzustellen.

**Art. 34 Altersstufen und Prämien**

34.1 Die Prämien für die Taggeldversicherung werden durch den Vorstand der Kasse unter Abstufung nach Eintrittsalter festgelegt.

34.2 Die Versicherten haben die Prämien für volle Monate in gesunden und kranken Tagen im Voraus zu bezahlen.

**Art. 35 Meldung / Zeugnis**

35.1 Der Versicherte hat seine Arbeitsunfähigkeit innert 5 Tagen der Kasse zu melden und eine schriftliche Arbeitsunfähigkeitsbestätigung des behandelnden Arztes oder Chiropraktoren einzureichen. Bei Unfällen ist der Kasse auch das von ihr zugestellte Unfallmeldeformular innert 5 Tagen ausgefüllt und unterzeichnet zurückzusenden.

35.2 Bei selbstverschuldeter, verspäteter Einreichung der Arbeitsunfähigkeitsbestätigung besteht frühestens ab Eingang des ärztlichen Zeugnisses Anspruch auf das versicherte Taggeld. Rückdatierungen zur Erwirkung von Taggeldleistungen sind unzulässig.

35.3 Nach Abschluss der Arbeitsunfähigkeit (inkl. teilweiser) ist der Kasse unverzüglich eine schriftliche ärztliche Bestätigung über den Grad und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.

**Art. 36 Überentschädigung**

Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung des Versicherten führen. Überentschädigungen werden nach KVG 78 und Art. 69 ATSG geregelt.

**Art. 37 Allgemeine Bestimmungen**

37.1 Für alle in diesem Reglement nicht besonders geregelten Fragen gelten sinngemäss die gesetzlichen Bestimmungen sowie die Statuten und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der GLKV.

37.2 Die vorliegenden Reglementbestimmungen gelten sinngemäss auch für Kollektiv-Taggeldversicherungen, sofern hierfür keine separaten Versicherungsbedingungen erlassen oder vertragliche Abmachungen getroffen wurden.

**Art. 38 Schlussbestimmungen**

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen treten am 01. Januar 2018 in Kraft und ersetzen alle bisherigen.

# *Kundeninformation nach Artikel 3 VVG*

**Vertragskonstrukt ÖKK Versicherungen AG und Glarner Krankenversicherung**

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

Sie als Kunde/in sind die versicherte Person.

**Kundeninformation gemäss Art. 3 VVG (Vorvertragliche Orientierungspflicht)**

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

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

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

**Was passiert bei Auflösung des Vertrages zwischen ÖKK Versicherungen AG und der Glarner Krankenversicherung?**

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

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

glarner krankenversicherung

# Gemeinsame Versicherungsbestimmungen

Versicherungsträger: ÖKK Versicherungen AG, gültig ab 01.01.2023

## Inhaltsverzeichnis


**1. Versicherungsgrundlagen**
- 1.1 Grundsatz
- 1.2 Versicherungsträger
- 1.3 Gegenstand der Versicherung
- 1.4 Allgemeine Versicherungsbedingungen
- 1.5 Bedingungen für die Kollektivversicherung
- 1.6 Versicherungsvertragsgesetz

**2. Versicherungsabteilungen**
- 2.1 Versicherungsmöglichkeiten
- 2.2 Gewählte Versicherungsabteilungen

**3. Versicherte Personen**
- 3.1 Einzelversicherung
- 3.2 Kollektivversicherung

**4. Beginn und Dauer der Versicherung**
- 4.1 Verfahren bei Versicherungsabschluss
  - 4.1.1 Antrag
  - 4.1.2 Auskunftspflicht
  - 4.1.3 Unterlagen, Dokumente
  - 4.1.4 Widerrufsrecht
- 4.2 Beginn der Versicherung
- 4.3 Dauer der Versicherung
  - 4.3.1 Im Allgemeinen
  - 4.3.2 Längere Versicherungsdauer
  - 4.3.3 Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses
  - 4.3.4 Verlängerung der Versicherung
- 4.4 Änderung der Versicherung
  - 4.4.1 Änderung durch den Versicherungsnehmer
  - 4.4.2 Änderung durch den Versicherer
- 4.5 Sistierung der Versicherung
  - 4.5.1 Voraussetzung
  - 4.5.2 Dauer und Umfang der Sistierung

**5. Beendigung der Versicherung**
- 5.1 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
  - 5.1.1 Ordentliche Kündigung
  - 5.1.2 Kündigung im Schadenfall
  - 5.1.3 Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages
  - 5.1.4 Kollektivvertrag
  - 5.1.5 Rahmenvertrag
- 5.2 Kündigungsverzicht durch den Versicherer
- 5.3 Übrige Beendigungsgründe

**6. Leistungen**
- 6.1 Begriffsdefinitionen
  - 6.1.1 Krankheit
  - 6.1.2 Chronische Krankheit
  - 6.1.3 Unfall
  - 6.1.4 Mutterschaft
  - 6.1.5 Geburtsgebrechen
  - 6.1.6 Akutspital
  - 6.1.7 Akutbehandlungen
  - 6.1.8 Psychiatrische Klinik
  - 6.1.9 Rehabilitationsklinik
  - 6.1.10 Ausprägungen von Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken
  - 6.1.11 KVG-Arzt
  - 6.1.12 Zahnarzt
- 6.2 Leistungsbereich
  - 6.2.1 Örtlicher Leistungsbereich
  - 6.2.2 Zeitlicher Leistungsbereich
- 6.3 Versicherte Leistungen
  - 6.3.1 Leistungsumfang
  - 6.3.2 Wirtschaftlichkeit der Behandlung
  - 6.3.3 Behandlungen durch anerkannte medizinische Leistungserbringer
- 6.4 Leistungsbeschränkungen
  - 6.4.1 Vorbestandene Krankheiten und Unfälle
  - 6.4.2 Leistungsausschluss
  - 6.4.3 Leistungseinschränkungen

**7. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall**
- 7.1 Meldepflicht
- 7.2 Schadenminderung
- 7.3 Auskunftspflicht

**8. Prämien und Zahlungen**
- 8.1 Prämienfestsetzung
  - 8.1.1 Im Allgemeinen
  - 8.1.2 Prämienhöhe
  - 8.1.3 Prämienrabatte und Prämienerlasse
- 8.2 Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung
- 8.3 Prämienzahlung
  - 8.3.1 Fälligkeit
  - 8.3.2 Mahnung und Verzugsfolgen
- 8.4 Überschussbeteiligung
  - 8.4.1 Grundsatz
  - 8.4.2 Voraussetzung
  - 8.4.3 Auszahlung
- 8.5 Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR)
  - 8.5.1 Grundsatz
  - 8.5.2 Abteilungen mit Leistungsfreiheits-Rabatt
  - 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**
10.1 Gesetzliche Grundlagen
10.2 Bearbeitungszweck
10.3 Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung
10.4 Aufbewahrung der Daten

**11. Mitteilungen**

**12. Formvorschrift**

**13. Gerichtsstand**

## *1. Versicherungsgrundlagen*

### 1.1 Grundsatz

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

### 1.2 Versicherungsträger

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

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

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

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

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

### 1.3 Gegenstand der Versicherung

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

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

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

### 1.4 Allgemeine Versicherungsbestimmungen

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

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

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

### 1.5 Bedingungen für die Kollektivversicherung und die Kollektivversicherungen

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

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

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

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

### 1.6 Versicherungsvertragsgesetz

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

## 2. Versicherungsabteilungen

### 2.1 Versicherungsmöglichkeiten

Die Versicherungsabteilungen nach diesen AVB UNO sind:

- Zusatz ALLGEMEIN und Zusatz PLUS
- PREMIUM
- KOMBI: ALLGEMEIN, HALBPRIVAT, PRIVAT, GLOBAL, FLEX, KOMFORT
- PRIVAT UNFALL
- FAMILY
- FAMILY FLEX
- DENTAL
- TOURIST
- Patientenrechtsschutz
- Gesundheitsrechtsschutz PROTECT
- Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Unfall
- Risikokapital bei Tod oder Invalidität durch Krankheit
- Taggeld COMPENSA
- Landwirtschaftliche Aushilfe

### 2.2 Gewählte Versicherungsabteilungen

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

## 3. Versicherte Personen

### 3.1 Einzelversicherung

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

### 3.2 Rahmenvertrag resp. Kollektivversicherung

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

Im Kollektivvertrag wird der Kreis der versicherten Personen festgelegt.

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen oder Personengruppen.

## 4. Beginn und Dauer der Versicherung

### 4.1 Verfahren bei Versicherungsabschluss

#### 4.1.1 Antrag

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

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

#### 4.1.2 Auskunftspflicht

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

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

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

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

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

#### 4.1.3 Unterlagen, Dokumente

Bei Versicherungsabschluss erhält der Versicherungsnehmer:

- die Versicherungspolice und
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (jeweils aktuelle Allgemeine Versicherungsbedingungen sind zu finden unter www.glkv.ch. Ein gedrucktes Exemplar kann bei der Glarner Krankenversicherung verlangt werden).

#### 4.1.4 Widerrufsrecht

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

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

### 4.2 Beginn der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem auf der Versicherungspolice bestätigten Datum.

### 4.3 Dauer der Versicherung

#### 4.3.1 Im Allgemeinen

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

#### 4.3.2 Längere Versicherungsdauer

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

#### 4.3.3 Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses

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

#### 4.3.4 Verlängerung der Versicherung

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

### 4.4 Änderung der Versicherung

#### 4.4.1 Änderung durch den Versicherungsnehmer

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

Bei Herabsetzung der Versicherungsdeckung gelten die Bestimmungen über die Kündigung.

#### 4.4.2 Änderung durch den Versicherer

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

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

### 4.5 Sistierung der Versicherung

#### 4.5.1 Voraussetzung

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

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

#### 4.5.2 Dauer und Umfang der Sistierung

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

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

Bei Auslandaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

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

## 5. Beendigung der Versicherung

### 5.1 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

#### 5.1.1 Ordentliche Kündigung

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

#### 5.1.2 Kündigung im Schadenfall

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

#### 5.1.3. Kündigungseingang

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

#### 5.1.4. Kollektivvertrag

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

#### 5.1.5. Rahmenvertrag

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

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

### 5.2 Kündigung durch den Versicherer

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

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

a) Bei der kollektiven Taggeldversicherung

b) bei einer Anzeigepflichtverletzung bei Antragstellung

c) bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch

d) aus wichtigem Grund (gemäss Art. 35b VVG)

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

### 5.3 Übrige Beendigungsgründe

Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

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

## *6. Leistungen*

### 6.1 Begriffsdefinition

#### 6.1.1 Krankheit

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

#### 6.1.2 Chronische Krankheit

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

#### 6.1.3 Unfall

Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Folgende abschliessend aufgeführten Körperschädigungen sind Unfällen gleichgestellt, sofern sie nicht vorwiegend auf eine Erkrankung oder Abnützung zurückzuführen sind:

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

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

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

#### 6.1.4 Mutterschaft

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

#### 6.1.5 Geburtsgebrechen

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

#### 6.1.6 Akutspital

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

#### 6.1.7 Akutbehandlungen

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

#### 6.1.8 Psychiatrische Klinik

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

#### 6.1.9 Rehabilitationsklinik

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

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

##### 6.1.10.1 Listenspital

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

##### 6.1.10.2 Vertragsspital

Eine Institution, mit der der Versicherer Vereinbarungen über die Tariffestsetzung getroffen hat oder deren Tarife vom Versicherer anerkannt sind.

Eine Liste dieser anerkannten Institutionen kann beim Versicherer eingesehen werden.

##### 6.1.10.3 Anderes Spital

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

#### 6.1.11 KVG-Arzt

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

#### 6.1.12 Zahnarzt

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

### 6.2 Leistungsbereich

#### 6.2.1 Örtlicher Leistungsbereich

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

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

#### 6.2.2 Zeitlicher Leistungsbereich

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

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

### 6.3 Versicherte Leistungen

#### 6.3.1 Leistungsumfang

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

#### 6.3.2 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

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

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

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

#### 6.3.3 Behandlungen durch anerkannte medizinische Leistungserbringer

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

## 6.4 Leistungsbeschränkungen

### 6.4.1 Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

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

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

Die Deckungseinschränkung wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt.

### 6.4.2 Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht

a) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss schon bestanden haben und vom Versicherer von der Versicherung ausgeschlossen wurden;
b) bei Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Antragstellung schon bestanden haben und nicht oder nur unvollständig angegeben wurden;
c) während einer Karenzfrist;
d) wenn eine Behandlung nicht zur Behebung einer Gesundheitsstörung oder deren Folgen dient. Vorbehalten bleiben Massnahmen, die den drohenden Eintritt oder die Verschlimmerung einer Gesundheitsstörung verhindern, wenn bereits ein krankhafter Zustand vorliegt;
e) 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 Grossschadensereignisse oder bei Schädigungen aus Atomenergie;
n) für Organtransplantationen gemäss Krankenpflege Leistungsverordnung (KLV), Anhang 1 zur Transplantationschirurgie, unabhängig davon, wo die Transplantation durchgeführt wird;
o) bei gesetzlichen und vereinbarten Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und
p) bei epidemischen Erkrankungen.

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

### 6.4.3 Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden:

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

# *7. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall*

## 7.1 Meldepflicht

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

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

## 7.2 Schadenminderung

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

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

## 7.3 Auskunftspflicht

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

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

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

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

# *8. Prämien und Zahlungen*

## 8.1 Prämienfestsetzung

### 8.1.1 Im Allgemeinen

Die Prämien werden in einem Prämientarif pro Versicherungsabteilung festgesetzt.

### 8.1.2 Prämienhöhe

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

Prämienänderungen infolge Wechsels der Risikogruppe erfolgen automatisch.

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

Für sistierte Versicherungen wird eine reduzierte Prämie erhoben.

#### 8.1.3 Prämienrabatte und Prämienerlasse

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

**Familienrabatt**

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

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

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

**Prämienerlass**

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

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

### 8.2 Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung

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

Die Prämien werden zudem beim Wechsel in die nächsthöhere Altersgruppe angepasst. Die Anpassung kann eine Prämienerhöhung bewirken.

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

Bei KOMBI umfasst die erste Altersgruppe die 0-18-Jährigen, bei DENTAL sind die ersten drei Altersgruppen folgendermassen aufgeteilt: 0-3, 4-5 und 6-10.

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

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

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

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

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

Eine Tarifänderung aufgrund eines Wohnsitzwechsels gilt nicht als Prämienanpassung.

### 8.3 Prämienzahlung

#### 8.3.1 Fälligkeit

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

#### 8.3.2 Mahnung und Verzugsfolgen

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

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

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

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

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

### 8.4 Überschussbeteiligung

#### 8.4.1 Grundsatz

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

#### 8.4.2 Voraussetzung

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

#### 8.4.3 Auszahlung

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

### 8.5 Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR)

#### 8.5.1 Grundsatz

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

#### 8.5.2 Abteilungen mit Leistungsfreiheits-Rabatt
Den Kombi-Abteilungen, ausgenommen jene mit wählbarer Franchise, kann eine Variante mit Leistungsfreiheits-Rabatt geführt werden.

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

#### 8.5.4 Rabattstufen
In den Versicherungsabteilung KOMBI mit Leistungsfreiheits-Rabatt werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

**Rabattstufe**

| LFR-Kombi | Prämie LFR-Kombi |
|---|---|
| 0 | Prämie ordentl. Kombi + 20 % |
| 1 | Prämie ordentl. Kombi |
| 2 | Prämie ordentl. Kombi - 30 % |

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

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

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

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

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

### 8.6 Sonstige Zahlungsbestimmungen

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

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

#### 8.6.2 Verpfändung und Abtretung
Forderungen gegenüber dem Versicherer können ohne dessen Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden.

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

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

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

Zu Unrecht bezogene Leistungen werden durch den Versicherer zurückgefordert.

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

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

## *9. Leistungen Dritter*

### 9.1 Subsidiarität

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

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

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

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

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

### 9.2 Sozialversicherungen

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

### 9.3 Vorleistung und Regress

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

### 9.4 Überversicherung

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

## 10. Datenschutz

### 10.1 Gesetzliche Grundlagen

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

### 10.2 Bearbeitungszweck

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

### 10.3 Datenweitergabe an Dritte zur Bearbeitung

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

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

### 10.4 Aufbewahrung der Daten

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

## *11. Mitteilungen*

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

Bei Auslandaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben. Alle Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person sind an die zuständige Geschäftsstelle des Versicherers zu richten.

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

Weitere Informationen werden der versicherten Person oder dem Versicherungsnehmer mittels Versichertenzeitschrift mitgeteilt oder auf der Webseite veröffentlicht.

## *12. Formvorschrift*

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

## *13. Gerichtsstand*

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

# Allgemeine Versicherungsbestimmungen Zusatz ALLGEMEIN und Zusatz PLUS

Versicherungsträger: ÖKK Versicherungen AG, Landquart, Gültig ab 01.01.2015

## Inhaltsverzeichnis


**1. Grundlagen der Versicherung**
- 1.1 Zweck
- 1.2 Versicherte Personen
- 1.3 Leistungsvoraussetzung
- 1.4 Härtefälle

**2. Ärztliche Behandlung**
- 2.1 Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes
- 2.2 Ärztliche Behandlung im Ausland
  - 2.2.1 ambulante Wahlbehandlung
  - 2.2.2 ambulante Notfallbehandlung

**3. Physiotherapie**

**4. Prävention**
- 4.1 Impfungen
- 4.2 Check-up-Untersuchung
- 4.3 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

**5. Besondere Leistungen bei Mutterschaft**
- 5.1 Geburtsvorbereitung
- 5.2 Stillgeld

**6. Gesundheitsförderung**
- 6.1 Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten

**7. Hilfsmittel**
- 7.1 Sehhilfen
- 7.2 Übrige Hilfsmittel

**8. Zahnärztliche Behandlung**
- 8.1 Weisheitszähne
- 8.2 Leistungen für Kinder und Jugendliche für Kieferkorrektur
- 8.3 Zahnärztliche Behandlungen
- 8.4 Leistungen des Gemeinwesens
- 8.5 Leistungserbringer und Tarif

**9. Komplementär- / Alternativmedizin**
- 9.1 Alternative Therapiemethoden
- 9.2 Weitere Therapiemethoden
- 9.3 Natürliche Heilmittel
- 9.4 Alternativmedizinische Behandlungen im Ausland
- 9.5 Leistungserbringer und Tarif
- 9.6 Leistungsvoraussetzung

**10. Nichtpflichtmedikamente**

**11. Ambulante Badekuren**

**12. Psychotherapeutische Behandlungen**
- 12.1 Leistungsumfang
- 12.2 Leistungsvoraussetzung
- 12.3 Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

**13. Transport, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen**
- 13.1 Leistungsumfang
- 13.2 Selbstbehalt
- 13.3 Leistungen Dritter

**14. Fahrtspesen**

**15. Haushaltshilfen**
- 15.1 SPITEX
  - 15.1.1 Grundsatz
  - 15.1.2 Leistungsumfang

**16. Schlussbestimmungen**
- 16.1 Allgemein
- 16.2 Anwendungsbereich dieser Versicherungsbestimmungen


## 1. Grundlagen der Versicherung

### 1.1 Zweck

Der Zusatz Allgemein und der Zusatz Plus zur Krankenpflege erbringen Beiträge an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Präventivmassnahmen, Gesundheitsfördernde Kurse, Hilfsmittel, Brillen, Kontaktlinsen, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Kuren, nichtärztliche psychotherapeutische Behandlungen, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente, ärztlich verordnete Haushaltshilfen und zahlen ein Stillgeld aus. Beiträge an Leistungen im Ausland kann der Zusatz PLUS zusätzlich erbringen, falls ein Notfall oder eine Kostengutsprache der Glarner Krankenversicherung besteht.

Wo nicht explizit aufgeführt, werden gleiche Leistungen aus Zusatz ALLGEMEIN und Zusatz PLUS erbracht.

Die Leistungen werden im Nachgang zu allen anderen Versicherungsabteilungen erbracht. Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen denjenigen aus dieser Versicherungsabteilung vor.

### 1.2 Versicherte Personen

Im Zusatz ALLGEMEIN können sich Personen bis zum vollendeten 65. Altersjahr versichern.

### 1.3 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.

### 1.4 Härtefälle

Aufgrund einer schriftlichen Anfrage kann der Vorstand des Versicherers bei Härtefällen zusätzliche Leistungen auf freiwilliger Basis bewilligen. Nur finanzschwache Mitglieder haben die Möglichkeit, zusätzliche Leistungen auf freiwilliger Basis zu erhalten. Die Anfrage hat im Voraus zu erfolgen.

## 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 der Krankenpflegeversicherung gemäss am Behandlungsort gültigem KVG-Tarif voll gedeckt.

### 2.2 Ärztliche Behandlung im Ausland

#### 2.2.1 ambulante Wahlbehandlung

Bei ärztlicher, ambulanter Behandlung im Ausland werden im Zusatz PLUS die Kosten gemäss KVG-Tarif am Wohnort der versicherten Person übernommen.

#### 2.2.2 ambulante Notfallbehandlung

Bei notfallmässiger, ambulanter ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus dem Zusatz ALLGEMEIN und Zusatz PLUS im Nachgang zu den Leistungen der Krankenpflegeversicherung die vollen Kosten gedeckt.

## 3. Physiotherapie

Pro Kalenderjahr werden maximal 12 Sitzungen allgemeine Physiotherapie bei dipl. Physiotherapeuten übernommen. Eine ärztliche Verordnung ist nicht erforderlich. Die Physiotherapie ohne ärztliche Verordnung wird im Rahmen der Prävention bezahlt. Leistungen können davon abhängig gemacht werden, dass nicht gleichzeitig eine Parallelbehandlung erfolgt.

## *4. Prävention*

### 4.1 Impfungen

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz dienen, werden wie folgt Beiträge geleistet:

| | |
|---|---|
| Zusatz ALLGEMEIN: | 90% der Kosten, bis CHF 200.– pro Jahr |
| Zusatz PLUS: | 90% der Kosten, bis CHF 400.– pro Jahr |

Dabei werden keine Leistungen erbracht an Impfungen, die berufsbedingt vorgenommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten ist oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

### 4.2 Check-up-Untersuchung

An die ausgewiesenen Kosten einer Check-up-Untersuchung wird nach jeweils zwei aufeinander folgenden bezugsfreien Jahren in der Krankenpflegeversicherung ein Beitrag geleistet:

| | |
|---|---|
| Zusatz ALLGEMEIN: | 90% der Kosten, bis CHF 300.– |
| Zusatz PLUS: | 90% der Kosten, bis CHF 600.– |

### 4.3 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Pro Jahr sind die Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zum KVG-Tarif versichert, sofern in diesem Jahr keine Leistungen aus der Krankenpflegeversicherung an gynäkologische Leiden erbracht werden.

## *5. Besondere Leistungen bei Mutterschaft*

### 5.1. Geburtsvorbereitung

An die ausgewiesenen Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses / Rückbildungsgymnastik bei einer qualifizierten Lehrerin werden 90% der Kosten, bis CHF 200.–, pro Schwangerschaft entrichtet. Leistungen aus der Krankenpflegeversicherung gehen vor.

### 5.2 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 und sofern die Mutter und das Kind bei der Glarner Krankenversicherung versichert sind. Der Nachweis ist auf dem Kassenstillgeldformular zu erbringen.

## 6. Gesundheitsförderung

### 6.1 Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten

An die ausgewiesenen Kosten eines, in der Regel ärztlich verordneten, von qualifiziertem Personal durchgeführten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens sowie an anerkannte Fitnesscentern wird folgender Betrag pro Kalenderjahr geleistet:

| | |
|---|---|
| Zusatz ALLGEMEIN: | 50% der Kosten, bis CHF 150.– |
| Zusatz PLUS: | 50% der Kosten, bis CHF 300.– |

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

## *7. Hilfsmittel*

### 7.1 Sehhilfen

An die Kosten von zur Sehkorrektur benötigten Brillengläsern (inkl. Brillenfassung) und Kontaktlinsen wird versicherten Personen pro Jahr folgender Beitrag bezahlt:

| | |
|---|---|
| Zusatz ALLGEMEIN: | CHF 200.– |
| Zusatz PLUS: | CHF 300.– |

### 7.2 Übrige Hilfsmittel

An die Miet- oder Kaufpreise von anerkannten Hilfsmitteln, an die aus der Krankenpflegeversicherung keine Leistungen erbracht werden, können mit ärztlicher Verordnung 50% der Kosten bis zu einem Maximalbetrag von insgesamt CHF 500.– pro Jahr 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.

## *8. Zahnärztliche Behandlung*

### 8.1 Weisheitszähne

Die Versicherung deckt 90% der Kosten (TPW gemäss Tarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung), der Extraktion von Weisheitszähnen. Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tagespauschale der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen.

### 8.2 Leistungen für Kinder und Jugendliche für Kieferorthopädie

Für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre besteht folgender Leistungsanspruch:

Kosten für kieferorthopädische Behandlungen gemäss anerkanntem Tarif (TPW gemäss Tarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung):

| | |
|---|---|
| Zusatz ALLGEMEIN: | 70% der Kosten, bis CHF 5000.– |
| Zusatz PLUS: | 70% der Kosten |

Diese Leistungen werden für Behandlungen nach einer Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren erbracht. Voraussetzung für die Leistung ist die Vorlage einer Diagnose der bestehenden Stel-

lungsanomalie, der vorgesehenen Behandlungsmittel und eines Kostenvoranschlags. Dem Versicherer steht es frei, den Kostenvoranschlag ihrem Vertrauenszahnarzt zu unterbreiten und nach Empfehlung des Vertrauensarztes Kostengutsprache zu erteilen.

Wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht, verzichtet der Versicherer auf eine Karenzfrist, sofern mindestens ein Elternteil auch bei ihm gleichwertig versichert ist. Bereits bezogene Leistungen von Vorversicherern werden an die oben erwähnten Leistungen angerechnet.

### 8.3 Zahnärztliche Behandlungen

An Zahnärztliche Behandlungen vergütet der Zusatz ALLGEMEIN und Zusatz PLUS höchstens CHF 100.– pro Jahr, wenn die Leistungen nicht durch die Krankenpflegeversicherung oder einen anderen Kostenträger übernommen werden.

### 8.4 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.

### 8.5 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 zu Lasten 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. Komplementär- / Alternativmedizin

### 9.1 Alternative Therapiemethoden

Der Versicherer erbringt an anerkannte alternative Therapieformen, die durch qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten oder von dafür qualifizierten Naturärztinnen und Naturärzte durchgeführt werden, folgende Beiträge:

| | |
|---|---|
| Zusatz ALLGEMEIN: | 70% der Kosten bis CHF 1000.– pro Jahr |
| Zusatz PLUS: | 70% der Kosten bis CHF 5000.– pro Jahr |

Die Therapeutinnen/Therapeuten müssen EMR (Erfahrungsmedizinisches Register) registriert sein. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Therapieformen. Die Liste der anerkannten Therapieformen wird laufend angepasst oder ergänzt und kann jederzeit bei der Kasse eingesehen oder verlangt werden.

### 9.2 Weitere Therapiemethoden

An anerkannte Therapieformen, welche nicht auf der Liste des Versicherers sind, die durch qualifizierte Therapeutinnen und Therapeuten oder von dafür qualifizierten Naturärztinnen und Naturärzte durchgeführt werden, wird ein Betrag 50% der Kosten, bis CHF 500.– Jahr geleistet. Die Therapeutinnen/Therapeuten und die Therapieformen müssen EMR (Erfahrungsmedizinisches Register) registriert sein.

### 9.3 Natürliche Heilmittel

Der Versicherer übernimmt 90% bis CHF 1000.– pro Jahr der ärztlich verordneten Kosten von anerkannten Natürlichen Heilmitteln, soweit diese nicht aus der Krankenpflegeversicherung gedeckt sind. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Heilmittel.

### 9.4 Alternativmedizinische Behandlungen im Ausland

Aus dem Zusatz PLUS sind alternativmedizinische Behandlungen, die in einem Nachbarland der Schweiz erbracht werden, gemäss den vorstehenden Bestimmungen gedeckt.

### 9.5 Leistungserbringer und Tarif

Die Leistungen im Bereich Komplementär-/Alternativmedizin sind eingeschränkt durch die Liste der vom Versicherer anerkannten Therapiemethoden, Liste der vom Versicherer anerkannten Therapeutinnen und Therapeuten resp. Naturärztinnen und Naturärzten.

Die Gesamtleistungen im Bereich Komplementär-/Alternativmedizin und natürliche Heilmittel betragen maximal:

| | |
|---|---|
| Zusatz ALLGEMEIN: | CHF 2000.– pro Jahr |
| Zusatz PLUS: | CHF 5000.– pro Jahr |

### 9.6 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach vorgängiger Antragsstellung an die Kasse erbracht. Die Kasse kann bis zu 6 Therapiesitzungen ohne vorgängige Antragstellung übernehmen, danach das Vorlegen einer ärztlichen Verordnung, bzw. medizinischen Indikation verlangen. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten. Leistungen können davon abhängig gemacht werden, dass nicht gleichzeitig eine Parallelbehandlung, und zwar auch keine durch die obligatorische Grundversicherung gedeckte, erfolgt. Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlungen aus medizinischen Gründen geboten sind. Behandlungen, welche der Prävention dienen, werden mit einem Beitrag aus der Gesundheitsförderung vergütet.

## *10. Nichtpflichtmedikamente*

Die Glarner Krankenversicherung vergütet 90% der Kosten, bis CHF 1000.– pro Jahr, an ärztlich verordnete und wissenschaftlich anerkannte Medikamente, falls diese weder von der Krankenpflegeversicherung übernommen werden, noch in der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) enthalten sind. Diese Medikamente nennt man auch Hors-Liste Medikamente oder Nichtlistenpräparate.

An Nahrungsergänzungsmittel werden keine Leistungen vergütet.

## *11. Ambulante Badekuren*

An ärztlich verordnete ambulante Badekuren wird folgender Beitrag geleistet:

| | |
|---|---|
| Zusatz ALLGEMEIN: | 70%, bis CHF 200.– pro Jahr |
| Zusatz PLUS: | 70%, bis CHF 300.– pro Jahr |

## 12. Psychotherapeutische Behandlung

### 12.1 Leistungsumfang

Die Glarner Krankenversicherung erbringt bei der Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Leistungen von 50% bis CHF 60.– pro psychotherapeutische Behandlungsstunde, höchstens 25 Behandlungsstunden

pro Jahr. Vorausgesetzt, dass die Therapeutin oder der Therapeut in der Liste des Versicherers (Liste Santésuisse) aufgeführt ist.

### 12.2 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach Bewilligung des Kostengutsprachegesuches durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt der Kasse erbracht.

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

### 12.3 Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Diese psychotherapeutischen Leistungen werden aus dieser Versicherungsabteilung nur solange erbracht, bis sie als obligatorische Leistungen aus der Krankenpflegeversicherung gedeckt werden.

## *13. Transport, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen*

### 13.1 Leistungsumfang

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel
- von medizinisch notwendigen Rettungs-/Bergungs- und Suchaktionen

wird ein Beitrag bis insgesamt CHF 15000.– pro Jahr geleistet.

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

### 13.2 Selbstbehalt

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

### 13.3 Leistungen Dritter

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

## 14. Fahrtspesen

An Fahrtspesen, welche während einer regelmässigen ärztlichen Behandlung ausserhalb des Wohnkantons für die Benützung von öffentlichen Verkehrsmitteln zwischen Wohn- und Behandlungsort anfallen, werden folgende Beiträge geleistet:

| | |
|---|---|
| Zusatz ALLGEMEIN: | Bis CHF 200.– pro Jahr |
| Zusatz PLUS: | Bis CHF 300.– pro Jahr |

Leistungsvoraussetzung ist, dass die Behandlung im Wohnkanton nicht erbracht werden kann.

## 15. Haushaltshilfen

### 15.1 SPITEX

#### 15.1.1 Grundsatz

Auf ärztliche Verordnung werden Beiträge an Haushaltshilfen (Spitex) ausgerichtet, sofern häusliche und familiäre Umstände dies erfordern.

#### 15.1.2 Leistungsumfang

An die Kosten von anerkannten Haushaltshilfen gewährt der Versicherer einen Beitrag pro Jahr. Die Beiträge werden ebenfalls ausgerichtet, wenn diese Hilfe durch Angehörige der versicherten Person erbracht wird. Die Leistungen werden wie folgt erbracht:

| | |
|---|---|
| Zusatz ALLGEMEIN: | 90% der Kosten, bis CHF 300.– |
| Zusatz PLUS: | 90% der Kosten, bis CHF 400.– |

Die Entschädigung richtet sich nach dem Stundenansatz der ortsansässigen Spitex-Organisation. Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

## *16. Schlussbestimmungen*

### 16.1 Allgemein

Sofern zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, ist der Versicherte Honorarschuldner. Die Forderungen aus dem Versicherungsvertrage verjähren zwei Jahre nach der Behandlung. Der Versicherte kann dem Versicherer die Rechnungen vor der Bezahlung zur Prüfung vorlegen.

### 16.2 Anwendungsbereich dieser Versicherungsbestimmungen

Enthalten diese Versicherungsbestimmungen abweichende Bestimmungen zu den Statuten oder zu den Bundesgesetzen KVG und VVG, gehen diese den Versicherungsbestimmungen vor.

# Allgemeine Versicherungsbestimmungen FAMILY

Versicherungsträger: ÖKK Versicherungen AG, Landquart, gültig ab 01.01.2019

## Inhaltsverzeichnis


**1. Versicherungsgrundlagen**
- 1.1 Versicherungsträger
- 1.2 Gemeinsame Bestimmungen
- 1.3 Zweck
- 1.4 Leistungsvoraussetzung
- 1.5 Örtlicher Geltungsbereich
- 1.6 Versicherungsabschluss

**2. Ambulante Behandlung**
- 2.1 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland
- 2.2 Nichtärztliche Psychotherapie
  - 2.2.1 Leistungsumfang
  - 2.2.2 Leistungsvoraussetzung
- 2.3 Thermalbad
- 2.4 Sterilisation

**3. Stationäre Behandlung**
- 3.1 Spitalbehandlung
  - 3.1.1 Leistungsvoraussetzung
  - 3.1.2 Leistungsumfang
  - 3.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung
  - 3.1.4 Behandlung in anderen Spitälern
- 3.2 Stationäre Rehabilitation
- 3.3 Psychiatrische Behandlung
- 3.4 Notfall im Ausland
- 3.5 Kur
  - 3.5.1 Erholungskur
  - 3.5.2 Badekur
  - 3.5.3 Andere Kur
  - 3.5.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt
- 3.6 Haushaltshilfe
  - 3.6.1 Im Allgemeinen
  - 3.6.2 Leistungsumfang
  - 3.6.3 Leistungserbringer
- 3.7 Kinderhütedienst
  - 3.7.1 Im Allgemeinen
  - 3.7.2 Leistungsvoraussetzung
  - 3.7.3 Leistungsumfang
- 3.8 Rooming-In

**4. Mutterschaft**
- 4.1 Kosten der stationären Behandlung
- 4.2 Zweibettzimmer oder Familienzimmer
- 4.3 Geburt im Geburtshaus
- 4.4 Haushaltshilfe nach Geburt
  - 4.4.1 Im Allgemeinen
  - 4.4.2 Leistungsumfang bei Spitalgeburt
  - 4.4.3 Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt
- 4.5 Geburtsvorbereitung
- 4.6 Stillgeld

**5. Prävention**
- 5.1 Check-Up-Untersuchung
- 5.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- 5.3 Gesundheitskonto
  - 5.3.1 Leistungsumfang
  - 5.3.2 Leistungsvoraussetzung
- 5.4 Impfung

**6. Hilfsmittel**
- 6.1 Sehhilfen
- 6.2 Andere Hilfsmittel

**7. Zahnärztliche Behandlung**
- 7.1 Weisheitszähne
- 7.2 Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche
- 7.3 Leistung des Gemeinwesens
- 7.4 Leistungserbringer und Tarif
- 7.5 Behandlung im Ausland

**8. Alternativmedizin**

**9. Medikamente und Heilmittel**
- 9.1 Nichtpflichtmedikamente
- 9.2 Natürliche Heilmittel

**10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten**
- 10.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
  - 10.1.1 Leistungsumfang
  - 10.1.2 Selbstbehalt
  - 10.1.3 Leistungen Dritter
- 10.2 Suchaktionen
- 10.3 Fahrtspesen

**11. CASAMED-Variante**
- 11.1 Im Allgemeinen
- 11.2 Hausarztprinzip
- 11.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip
- 11.4 Spitäler
- 11.5 Andere Fachpersonen
- 11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel
- 11.7 Weitere Leistungserbringer
- 11.8 Notfall
- 11.9 Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante
  - 11.9.1 Leistungsausschluss
  - 11.9.2 Ausschluss CASAMED-Variante
- 1.10 Leistungsabwicklung
  - 11.10.1 Pauschalabrechnung
  - 11.10.2 Veranlasste Leistung


## 1. Versicherungsgrundlagen

### 1.1 Versicherungsträger

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

### 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3 Zweck

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

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

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

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

### 1.4 Leistungsvoraussetzung

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

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

### 1.5 Örtlicher Geltungsbereich

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

### 1.6 Versicherungsabschluss

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

## 2. Ambulante Behandlung

### 2.1 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

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

### 2.2 Nichtärztliche Psychotherapie

#### 2.2.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet 50% der Kosten, bis CHF 1000.– pro Kalenderjahr für die Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbständigen Praxisführung sind.

#### 2.2.2 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprachegesuches durch den Vertrauensarzt.

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

### 2.3 Thermalbad

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

### 2.4 Sterilisation

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 1000.– für Sterilisation und Vasektomie von Erwachsenen.

## 3. *Stationäre Behandlung*

### 3.1 Spitalbehandlung

#### 3.1.1 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet, wenn der Versicherte spitalbedürftig im Sinne der Grundversicherung ist.

#### 3.1.2 Leistungsumfang

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

#### 3.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

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

#### 3.1.4 Behandlung in anderen Spitälern

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

### 3.2 Stationäre Rehabilitation

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

### 3.3 Psychiatrische Klinik

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

### 3.4 Notfall im Ausland

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

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

### 3.5 Kur

#### 3.5.1 Erholungskur

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

#### 3.5.2 Badekur

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

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

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

#### 3.5.3 Andere Kur

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

#### 3.5.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt

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

### 3.6 Haushaltshilfe

#### 3.6.1 Im Allgemeinen

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

#### 3.6.2. Leistungsumfang

Die Versicherung leistet an die Kosten einer anerkannten Haushaltshilfe bis CHF 50.– pro Tag, höchstens CHF 1000.– pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringer und dem Versicherer fehlt.

Ist der Versicherte für die Betreuung eines Kindes bis zwölf Jahre verantwortlich, leistet die Versicherung bis CHF 100.– pro Tag, höchstens CHF 2000.– pro Kalenderjahr.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

#### 3.6.3 Leistungserbringer

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

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

### 3.7 Kinderhütedienst

#### 3.7.1 Im Allgemeinen

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

#### 3.7.2 Leistungsvoraussetzung

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

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

#### 3.7.3 Leistungsumfang

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

### 3.8 Rooming-In

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

## *4. Mutterschaft*

### 4.1 Kosten der stationären Behandlung

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

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

### 4.2 Zweitbettzimmer oder Familienzimmer

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

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

### 4.3 Geburt im Geburtshaus

Die Versicherung leistet bis CHF 2000.– pro Geburt bei Geburt in einem vom Versicherer anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist.

### 4.4 Haushaltshilfe nach Geburt

#### 4.4.1 Im Allgemeinen

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

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

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

#### 4.4.2 Leistungsumfang bei Spitalgeburt

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

#### 4.4.3 Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt

Die Versicherung leistet in Anschluss an eine Hausgeburt oder ambulante Geburt bis CHF 100.– pro Tag, höchstens CHF 1200.– pro Kalenderjahr.

### 4.5 Geburtsvorbereitung

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

### 4.6 Stillgeld

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

## *5. Prävention*

### 5.1 Check-Up-Untersuchung

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

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

### 5.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

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

### 5.3 Gesundheitskonto

#### 5.3.1 Leistungsumfang

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

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

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

#### 5.3.2 Leistungsvoraussetzung

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

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

### 5.4 Impfung

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

## *6. Hilfsmittel*

### 6.1 Sehhilfen

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

### 6.2 Andere Hilfsmittel

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

## *7. Zahnärztliche Behandlung*

### 7.1 Weisheitszähne

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

### 7.2 Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche

Die Versicherung leistet zusätzlich für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre

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

Die Leistung für kieferorthopädische Behandlung wird erbracht, wenn eine Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren (Karenzfrist) vorliegt. Der Versicherer verzichtet auf eine Karenzfrist, wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht und mindestens ein Elternteil beim Versicherer versichert ist.

### 7.3 Leistung des Gemeinwesens

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

### 7.4 Leistungserbringer und Tarif

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

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

### 7.5 Behandlung im Ausland

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

## *8. Alternativmedizin*

Die Versicherung leistet bei alternativmedizinischer Behandlung.

Die Versicherung leistet 70% der Kosten, bis CHF 10000.– pro Kalenderjahr, wenn die Therapiemethode (z.B. Teilbereiche von traditioneller chinesischer Medizin, naturheilkundlichen Praktiken) und der Therapeut oder der Arzt vom Versicherer anerkannt sind.

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

Die Versicherung leistet 50% der Kosten, bis CHF 1000.– pro Kalenderjahr an weitere, durch qualifizierte Personen vorgenommene alternativmedizinische Behandlungen.

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

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

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

## *9. Medikamente und Heilmittel*

### 9.1 Nichtpflichtmedikamente

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

### 9.2 Natürliche Heilmittel

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

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

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

#### 10.1.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet an die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
- des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton des Versicherten zur stationären Behandlung,
- für Rettungs- und Bergungsaktionen insgesamt bis CHF 50000.– pro Kalenderjahr.

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

#### 10.1.2 Selbstbehalt

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

#### 10.1.3 Leistungen Dritter

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

### 10.2 Suchaktionen

Die Versicherung leistet zusätzlich zu den Kosten der Rettung oder Bergung bei Suchaktionen bis CHF 20000.– pro Kalenderjahr.

### 10.3 Fahrtspesen

Bei regelmässiger ärztlicher Behandlung ausserhalb eines Umkreises von 30 Kilometern vom Wohnort, erstattet die Versicherung 90%, bis CHF 100.– pro Kalenderjahr der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel. Die Versicherung leistet zusätzlich 90%, bis CHF 300.– pro Kalenderjahr an Versicherte in Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapie.

## *11. CASAMED-Variante*

### 11.1 Im Allgemeinen

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

### 11.2 Hausarztprinzip

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

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

### 11.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip

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

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

### 11.4 Spitäler

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

### 11.5 Andere Fachpersonen

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

### 11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel

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

### 11.7 Weitere Leistungserbringer

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

### 11.8 Notfall

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

### 11.9 Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante

#### 11.9.1 Leistungsausschluss

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

#### 11.9.2 Ausschluss CASAMED-Variante

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

### 11.10 Leistungsabwicklung

#### 11.10.1 Pauschalabrechnung

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

#### 11.10.2 Veranlasste Leistung

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

glarner krankenversicherung

# Allgemeine Versicherungsbestimmungen FAMILY FLEX

Versicherungsträger: ÖKK Versicherungen AG, Landquart, gültig ab 01.01.2019

## Inhaltsverzeichnis


**1. Versicherungsgrundlagen**
- 1.1 Versicherungsträger
- 1.2 Gemeinsame Bestimmungen
- 1.3 Zweck
- 1.4 Leistungsvoraussetzung
- 1.5 Örtlicher Geltungsbereich
- 1.6 Versicherungsabschluss

**2. Ambulante Behandlung**
- 2.1 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland
- 2.2 Nichtärztliche Psychotherapie
  - 2.2.1 Leistungsumfang
  - 2.2.2 Leistungsvoraussetzung
- 2.3 Thermalbad
- 2.4 Sterilisation

**3. Stationäre Behandlung**
- 3.1 Spitalbehandlung
  - 3.1.1 Leistungsvoraussetzung
  - 3.1.2 Leistungsumfang
  - 3.1.3 Versicherte Abteilung und Kostenbeteiligung
- 3.2 Stationäre Rehabilitation
- 3.3 Psychiatrische Behandlung
- 3.4 Notfall im Ausland
- 3.5 Kur
  - 3.5.1 Erholungskur
  - 3.5.2 Badekur
  - 3.5.3 Andere Kur
  - 3.5.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt
- 3.6 Haushaltshilfe
  - 3.6.1 Im Allgemeinen
  - 3.6.2 Leistungsumfang
  - 3.6.3 Leistungserbringer
- 3.7 Kinderhütedienst
  - 3.7.1 Im Allgemeinen
  - 3.7.2 Leistungsvoraussetzung
  - 3.7.3 Leistungsumfang
- 3.8 Rooming-In

**4. Mutterschaft**
- 4.1 Kosten der stationären Behandlung
- 4.2 Geburt im Geburtshaus
- 4.3 Haushaltshilfe nach Geburt
  - 4.3.1 Im Allgemeinen
  - 4.3.2 Leistungsumfang bei Spitalgeburt
  - 4.4.3 Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt
- 4.4 Geburtsvorbereitung
- 4.5 Stillgeld

**5. Prävention**
- 5.1 Check-Up-Untersuchung
- 5.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- 5.3 Gesundheitskonto
  - 5.3.1 Leistungsumfang
  - 5.3.2 Leistungsvoraussetzung
- 5.4 Impfung

**6. Hilfsmittel**
- 6.1 Sehhilfen
- 6.2 Andere Hilfsmittel

**7. Zahnärztliche Behandlung**
- 7.1 Weisheitszähne
- 7.2 Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche
- 7.3 Leistung des Gemeinwesens
- 7.4 Leistungserbringer und Tarif
- 7.5 Behandlung im Ausland

**8. Alternativmedizin**

**9. Medikamente und Heilmittel**
- 9.1 Nichtpflichtmedikamente
- 9.2 Natürliche Heilmittel

**10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten**
- 10.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
  - 10.1.1 Leistungsumfang
  - 10.1.2 Selbstbehalt
  - 10.1.3 Leistungen Dritter
- 10.2 Suchaktionen
- 10.3 Fahrtspesen

**11. CASAMED-Variante**
- 11.1 Im Allgemeinen
- 11.2 Hausarztprinzip
- 11.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip
- 11.4 Spitäler
- 11.5 Andere Fachpersonen
- 11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel
- 11.7 Weitere Leistungserbringer
- 11.8 Notfall
- 11.9 Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante
  - 11.9.1 Leistungsausschluss
  - 11.9.2 Ausschluss CASAMED-Variante
- 11.10 Leistungsabwicklung
  - 11.10.1 Pauschalabrechnung
  - 11.10.2 Veranlasste Leistung


## 1. Versicherungsgrundlagen

### 1.1 Versicherungsträger

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

### 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3 Zweck

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

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

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

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

### 1.4 Leistungsvoraussetzung

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

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

### 1.5 Örtlicher Geltungsbereich

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

### 1.6 Versicherungsabschluss

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

## *2. Ambulante Behandlung*

### 2.1 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

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

### 2.2 Nichtärztliche Psychotherapie

#### 2.2.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet 50% der Kosten, bis CHF 1000.– pro Kalenderjahr für die Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbständigen Praxisführung sind.

#### 2.2.2 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprachegesuches durch den Vertrauensarzt. Die Versicherung leistet nicht bei Psychotherapien, welche zum Zwecke der Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsentwicklung oder zu Lernzwecken erfolgen, ausserdem nicht bei Parallelbehandlung bei weiteren Psychologen oder Psychiatern.

### 2.3 Thermalbad

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

### 2.4 Sterilisation

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 1000.– für Sterilisation und Vasektomie von Erwachsenen.

## 3. Stationäre Behandlung

### 3.1 Spitalbehandlung

#### 3.1.1 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet, wenn der Versicherte spitalbedürftig im Sinne der Grundversicherung ist.

#### 3.1.2 Leistungsumfang

Die Versicherung übernimmt im Nachgang zu den Leistungen von der Grundversicherung die Kosten bei Spitalaufenthalt. Die Kostenbeteiligung der Grundversicherung wird erhoben. Die versicherte Person wählt vor Spitaleintritt die Abteilung mit entsprechender Kostenbeteiligung.

#### 3.1.3 Versicherte Abteilung und Kostenbeteiligung

Der Versicherte kann unter folgenden Abteilungen wählen:

| Abteilung | Kostenbeteiligung |
|---|---|
| **Allgemeine Abteilung:** | keine |
| **Allgemeine Abteilung**<br>Komfort 2-Bettzimmer: | 10%, max. CHF 200.–<br>pro Kalenderjahr |
| Komfort 1-Bettzimmer: | 10%, max. CHF 200.–<br>pro Kalenderjahr |
| Komfort Familien-Zimmer<br>(nur bei Geburt) | 10%, max. CHF 200.–<br>pro Kalenderjahr |
| **Halbprivate Abteilung** | 15%, max. CHF 1500.–<br>pro Kalenderjahr |
| Familien-Zimmer<br>(nur bei Geburt) | 15%, max. CHF 1500.–<br>pro Kalenderjahr |

Bei Geburt in einem Listen- oder Vertragsspital entfällt die Kostenbeteiligung im Komfort Zimmer der allgemeinen Abteilung (Einbett-, Zweibett-, Familienzimmer). Die Kostenbeteiligung ist für Familien, deren Familienmitglieder im gleichen Haushalt leben, auf CHF 3000.– pro Kalenderjahr begrenzt. Die Kostenbeteiligung kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

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

### 3.2 Stationäre Rehabilitation

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

### 3.3 Psychiatrische Behandlung

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

### 3.4 Notfall im Ausland

Die Versicherung leistet bei Notfall im Ausland für stationäre Behandlung in der versicherten Abteilung eines Akutspitals bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziffer 3.1.3., solange ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist. Dem Versicherer ist sofort, spätestens innert zehn Tagen nach Spitaleintritt ein Kostengutsprachegesuch einzureichen.

## 3.5 Kur

### 3.5.1 Erholungskur

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

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

### 3.5.2 Badekur

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

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

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

### 3.5.3 Andere Kur

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

### 3.5.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt

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

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

## 3.6 Haushaltshilfe

### 3.6.1 Im Allgemeinen

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

### 3.6.2 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet an die Kosten einer anerkannten Haushaltshilfe bis CHF 50.– pro Tag, höchstens CHF 1000.– pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringer und dem Versicherer fehlt.

Ist die versicherte Person für die Betreuung eines Kindes bis zwölf Jahre verantwortlich, leistet die Versicherung bis CHF 100.– pro Tag, höchstens CHF 2000.– pro Kalenderjahr. Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

### 3.6.3 Leistungserbringer

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

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

## 3.7 Kinderhütedienst

### 3.7.1 Im Allgemeinen

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

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

### 3.7.2 Leistungsvoraussetzung

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

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

### 3.7.3 Leistungsumfang

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

## 3.8 Rooming-In

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

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

# *4. Mutterschaft*

## 4.1 Kosten der stationären Behandlung

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

## 4.2 Geburt im Geburtshaus

Die Versicherung leistet bis CHF 2000.– pro Geburt bei Geburt in einem vom Versicherer anerkannten Geburtshaus, welches nicht auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist.

## 4.3 Haushaltshilfe nach Geburt

### 4.3.1 Im Allgemeinen

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

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

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

### 4.3.2 Leistungsumfang bei Spitalgeburt

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

### 4.3.3 Leistungsumfang bei Hausgeburt oder ambulanter Geburt

Die Versicherung leistet in Anschluss an eine Hausgeburt oder ambulante Geburt bis CHF 100.– pro Tag, höchstens CHF 1200.– pro Kalenderjahr.

## 4.4 Geburtsvorbereitung

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

## 4.5 Stillgeld

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

## 5. Prävention

### 5.1 Check-Up-Untersuchung

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

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

### 5.2 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

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

### 5.3 Gesundheitskonto

#### 5.3.1 Leistungsumfang

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

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

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

#### 5.3.2 Leistungsvoraussetzung

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

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

### 5.4 Impfungen

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

## 6. Hilfsmittel

### 6.1 Sehhilfen

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

### 6.2 Andere Hilfsmittel

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

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

## 7. Zahnärztliche Behandlung

### 7.1 Weisheitszähne

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

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

### 7.2 Zusätzliche Leistung für Kinder und Jugendliche

Die Versicherung leistet zusätzlich für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre

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

Die Leistung für kieferorthopädische Behandlung wird erbracht, wenn eine Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren (Karenzfrist) vorliegt. Der Versicherer verzichtet auf eine Karenzfrist, wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht und mindestens ein Elternteil beim Versicherer versichert ist.

### 7.3 Leistung des Gemeinwesens

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

### 7.4 Leistungserbringer und Tarif

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

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

### 7.5 Behandlung im Ausland

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

## 8. Alternativmedizin

Die Versicherung leistet bei alternativmedizinischer Behandlung. Die Versicherung leistet 70% der Kosten, bis CHF 10000.– pro Kalenderjahr, wenn die Therapiemethode (z.B. Teilbereiche von traditioneller chinesischer Medizin, naturheilkundlichen Praktiken) und der Therapeut oder der Arzt vom Versicherer anerkannt sind.

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

Die Versicherung leistet 50% der Kosten, bis CHF 1000.– pro Kalenderjahr an weitere, durch qualifizierte Personen vorgenommene alternativmedizinische Behandlungen.

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

## *9. Medikamente und Heilmittel*

### 9.1 Nichtpflichtmedikamente

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

### 9.2 Natürliche Heilmittel

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

## *10. Transportkosten, Such-, Rettungs- und* Bergungskosten

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

#### 10.1.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet an die Kosten

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

insgesamt bis CHF 50 000.– pro Kalenderjahr. Transporte in Luftfahrzeugen werden übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

#### 10.1.2 Selbstbehalt

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

#### 10.1.3 Leistungen Dritter

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

### 10.2 Suchaktionen

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

### 10.3 Fahrtspesen

Bei regelmässiger ärztlicher Behandlung ausserhalb eines Umkreises von 30 Kilometern vom Wohnort, erstattet die Versicherung 90%, bis CHF 100.– pro Kalenderjahr der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel. Die Versicherung leistet zusätzlich 90%, bis CHF 300.– pro Kalenderjahr an Versicherte in Dialyse-, Strahlen- oder Chemotherapie.

## *11. CASAMED-Variante*

### 11.1 Im Allgemeinen

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

### 11.2 Hausarztprinzip

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

### 11.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip

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

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

### 11.4 Spitäler

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

### 11.5 Andere Fachpersonen

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

### 11.6 Präventivmassnahmen, Alternativmedizin, Nichtpflichtmedikamente, Heilmittel

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

### 11.7 Weitere Leistungserbringer

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

### 11.8 Notfall

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

## 11.9 Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante

### 11.9.1 Leistungsausschluss

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

### 11.9.2 Ausschluss CASAMED-Variante

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

## 11.10 Leistungsabwicklung

### 11.10.1 Pauschalabrechnung

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

### 11.10.2 Veranlasste Leistung

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

glarner krankenversicherung

# Allgemeine Versicherungsbestimmungen PREMIUM

Versicherungsträger: ÖKK Versicherungen AG, Landquart, gültig ab 01.01.2019

## Inhaltsverzeichnis


**1. Versicherungsgrundlagen**
- 1.1 Versicherungsträger
- 1.2 Gemeinsame Bestimmungen
- 1.3 Zweck
- 1.4 Leistungsvoraussetzung
- 1.5 Örtlicher Geltungsbereich
- 1.6 Versicherungsabschluss

**2. Ambulante Behandlung**
- 2.1 Ärztliche Wahlbehandlung im Ausland
- 2.2 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland
- 2.3 Nichtärztliche Psychotherapie
  - 2.3.1 Leistungsumfang
  - 2.3.2 Leistungsvoraussetzung
- 2.4. Thermalbad
- 2.5. Sterilisation
- 2.6. Augenlaser

**3. Mutterschaft**
- 3.1 Geburtsvorbereitung
- 3.2 Stillgeld

**4. Prävention**
- 4.1 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- 4.2 Check-Up-Untersuchung
- 4.3 Impfung
- 4.4 Gesundheitskonto

**5. Hilfsmittel**
- 5.1 Sehhilfen
- 5.2 Andere Hilfsmittel

**6. Zahnärztliche Behandlung**
- 6.1 Kontrolluntersuchung und Prophylaxe
- 6.2 Weisheitszähne
- 6.3 Kieferorthopädische Behandlung
- 6.4 Behandlung im Ausland
- 6.5. Tarif

**7. Alternativmedizin**
- 7.1 Alternativmedizinische Behandlung
- 7.2 Behandlung im Ausland

**8. Medikamente und Heilmittel**
- 8.1 Nichtpflichtmedikamente
- 8.2 Natürliche Heilmittel

**9. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten**
- 9.1 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
  - 9.1.1 Leistungsumfang
  - 9.1.2. Selbstbehalt
  - 9.1.3. Leistungen Dritter
- 9.2 Suchaktionen
- 9.3. Fahrtkosten

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


## 1. Versicherungsgrundlagen

### 1.1 Versicherungsträger

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

### 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3 Zweck

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

Die Versicherung leistet für ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente, natürliche Heilmittel und zahlt ein Stillgeld aus. Die Versicherung leistet in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine Sozialversicherung gedeckt ist.

### 1.4 Leistungsvoraussetzung

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

### 1.5 Örtlicher Geltungsbereich

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

### 1.6 Versicherungsabschluss

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

## 2. Ambulante Behandlung

### 2.1 Ärztliche Wahlbehandlung im Ausland

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

### 2.2 Ärztliche Behandlung bei Notfall im Ausland

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

### 2.3 Nichtärztliche Psychotherapie

#### 2.3.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 1000.– pro Kalenderjahr für nichtärztliche psychotherapeutische Behandlung, wenn der Psychotherapeut die kantonale Bewilligung zur selbständigen Praxisführung hat.

#### 2.3.2 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet nach Bewilligung des Kostengutsprachegesuches durch den Vertrauensarzt.

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

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

### 2.4 Thermalbad

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

### 2.5 Sterilisation

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 1000.– für Sterilisation und Vasektomie von Erwachsenen.

### 2.6 Augenlaser

Die Versicherung leistet bis CHF 1000.– einmalig für Augenlaserbehandlung zur Sehkorrektur von Erwachsenen ab 18 Jahre, wenn eine Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren (Karenzfrist) vorliegt.

## *3. Mutterschaft*

### 3.1 Geburtsvorbereitung

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

### 3.2 Stillgeld

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

## *4. Prävention*

### 4.1 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

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

### 4.2 Check-Up-Untersuchung

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

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

### 4.3 Impfung

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

### 4.4 Gesundheitskonto

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

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

Der Beitrag an einzelne anerkannte Präventivmassnahmen kann begrenzt werden.

Die Präventivmassnahmen und Kurse müssen vom Versicherer anerkannt sein.

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

## *5. Hilfsmittel*

### 5.1 Sehhilfen

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

### 5.2 Andere Hilfsmittel

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

Die Hilfsmittel müssen vom Versicherer anerkannt sein.

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

## *6. Zahnärztliche Behandlung*

### 6.1 Kontrolluntersuchung und Prophylaxe

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

### 6.2 Weisheitszähne

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

### 6.3 Kieferorthopädische Behandlung

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

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

### 6.4 Behandlung im Ausland

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

### 6.5 Tarif

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

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

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

## 7. Alternativmedizin

### 7.1 Alternativmedizinische Behandlung

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

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

Die Versicherung leistet 50%, bis CHF 1000.– pro Kalenderjahr für weitere, durch qualifizierte Personen vorgenommene alternativmedizinische Behandlungen. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Therapeuten und Ärzten. Keine Leistungen werden für mehrere alternativmedizinische Parallelbehandlungen erbracht, von denen kein Nutzen zu erwarten ist.

### 7.2 Behandlungen im Ausland

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

## 8. Medikamente und Heilmittel

### 8.1 Nichtpflichtmedikamente

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

### 8.2 Natürliche Heilmittel

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

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

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

#### 9.1.1 Leistungsumfang

Die Versicherung leistet für

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

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

#### 9.1.2 Selbstbehalt

Der Selbstbehalt beträgt CHF 100.– pro Fall.

#### 9.1.3 Leistungen Dritter

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

### 9.2 Suchaktion

Die Versicherung leistet bis CHF 20000.– pro Kalenderjahr für Suchaktionen, zusätzlich zur Leistung bei Rettung oder Bergung.

### 9.3 Fahrtkosten

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

## 10. CASAMED-Variante

### 10.1 Zusätzliche Bedingungen

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

### 10.2 Hausarztprinzip

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

Die Versicherung kann telemedizinische Institutionen als Hausarzt anerkennen.

### 10.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip

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

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

### 10.4 Spitäler

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

### 10.5 Andere Fachpersonen

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

### 10.6 Weitere Leistungserbringer

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

### 10.7 Notfall

Die Versicherung leistet bei Notfällen ungeachtet vom Hausarztprinzip.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

### 10.8 Leistungsausschluss, Ausschluss Hausarztvariante

#### 10.8.1 Leistungsausschluss

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

#### 10.8.2 Ausschluss Hausarztvariante

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

### 10.9 Leistungsabwicklung

#### 10.9.1 Pauschalabrechnung

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

#### 10.9.2 Veranlasste Leistung

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

glarner krankenversicherung

# Allgemeine Versicherungsbestimmungen Spitalzusatzversicherungen KOMBI

Versicherungsträger: ÖKK Versicherungen AG, gültig ab 01.01.2023

## Inhaltsverzeichnis


**1. Versicherungsgrundlagen**
- 1.1 Versicherungsträger
- 1.2 Gemeinsame Bestimmungen
- 1.3 Zweck
- 1.4 Versicherungsabschluss
- 1.5 Leistungsvoraussetzung
  - 1.5.1 Allgemeines
  - 1.5.2 Behandlung in anderen Spitälern
- 1.6 Unfall-Deckung
- 1.7 Versicherungsmöglichkeiten
  - 1.7.1 Leistungsstufen
  - 1.7.2 Fehlende Kriterien, Maximaltarife
  - 1.7.3 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 anderen Spitälern
  - 2.1.5 Behandlung in einem Nicht-Vertragsspital
- 2.2 Langzeitbehandlung
  - 2.2.1 Leistungsumfang
- 2.3 Stationäre Rehabilitation
- 2.4 Psychiatrische Behandlung
- 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 Fahrtspesen
- 4.4 Kinderhütedienst
  - 4.4.1 Grundsatz
  - 4.4.2 Leistungsvoraussetzungen
  - 4.4.3 Leistungsumfang
- 4.5 Rooming-In
- 4.6 Spitaltaggeld

**5. Mutterschaft**
- 5.1 Kosten der stationären Behandlung
- 5.2 Geburt in Geburtshaus
- 5.3 Haushaltshilfe nach Geburt
  - 5.3.1 Grundsatz
  - 5.3.2 Geburt im Spital
  - 5.3.3 Hausgeburt

**6. Unfall-Zusatz**

**7. CASAMED-Variante**
- 7.1 Allgemeines
- 7.2 Leistungsstufen
- 7.3 Allgemeinde Leistungsvoraussetzung
- 7.4 Spitalwahl
- 7.5 Augen-, Frauen-. Kinderärzte
- 7.6 Notfälle
- 7.7 Leistungsausschluss

**8. Ecoplan, Variante mit eingeschränkter Spitalwahl**
- 8.1 Allgemeines
- 8.2 Wahl/Kündigung des ECOPLAN
- 8.3 Leistungsumfang
- 8.4 Behandlung in einem anderen Spital

**9. Franchise und Vergütung in der KOMBI HALBPRIVAT, PRIVAT, GLOBAL**
- 9.1 Franchise
  - 9.1.1 Allgemeines
  - 9.1.2 Wechsel/Kündigung der Franchise
  - 9.1.3 Franchisehöhe
- 9.2 Vergütung

**10. Kostenbeteiligung in der KOMBI FLEX**
- 10.1 Umfang der Kostenbeteiligung
- 10.2 Maximale Kostenbeteiligung für Familien


## 1. Versicherungsgrundlagen

### 1.1 Versicherungsträger

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

### 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3 Zweck

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

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

### 1.4 Versicherungsabschluss

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

### 1.5 Leistungsvoraussetzung

#### 1.5.1 Allgemeines

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

#### 1.5.2 Behandlung in anderen Spitälern

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

### 1.6 Unfalldeckung

Die Unfalldeckung kann ausgeschlossen werden.

### 1.7 Versicherungsmöglichkeiten

#### 1.7.1 Leistungsstufen

Die Versicherung führt folgende Leistungsstufen:

| | |
|---|---|
| KOMBI ALLGEMEIN: | Allgemeine Abteilung in der Schweiz (Mehrbettzimmer); gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif |
| KOMBI HALBPRIVAT: | Halbprivate Abteilung in der Schweiz (Zweibettzimmer); gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif |
| KOMBI PRIVAT: | Private Abteilung in der Schweiz (Einbettzimmer); gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif |
| KOMBI GLOBAL: | Private Abteilung weltweit (Einbettzimmer) |
| KOMBI FLEX: | Allgemeine, halbprivate oder private Abteilung in der Schweiz; gemäss vom Versicherer anerkannten Tarif; mit entsprechender Kostenbeteiligung |
| KOMBI KOMFORT: | Allgemeine Abteilung im Komfort-Vertragsspital im Ein- oder Zweibettzimmer. Diese Leistungsstufe kann auf versicherte Personen mit Wohnsitz in einer bestimmten Region beschränkt werden. |

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

#### 1.7.2 Fehlende Kriterien, Maximaltarife

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

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

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

#### 1.7.3 Einteilung der Spitäler

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

## 2. Stationäre Behandlung

### 2.1 Akutbehandlung

#### 2.1.1 Leistungsvoraussetzung

Die Versicherung leistet, wenn der Versicherte spitalbedürftig im Sinne der Grundversicherung ist.

#### 2.1.2 Leistungsumfang

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

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

#### 2.1.3 Behandlung in einer höheren Spitalabteilung

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

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

#### 2.1.4 Behandlung in anderen Spitälern

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

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

#### 2.1.5 Behandlung in einem Nicht-Vertragsspital

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

### 2.2 Langzeitbehandlung

Die Versicherung richtet folgende Tagespauschalen aus, wenn

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

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

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

### 2.3 Stationäre Rehabilitation

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

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

### 2.4 Psychiatrische Behandlung

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

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

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

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

### 2.5 Leistungen im Ausland

#### 2.5.1 Bei Notfällen

Die Versicherung übernimmt im Nachgang zu den Leistungen der Grundversicherung 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, wie ein Heimtransport nicht angemessen ist.

#### 2.5.2 Wahlbehandlung im Ausland

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

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

#### 2.5.3 Vorgehen bei Spitalaufenthalt

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

## 3. Kuren

### 3.1 Erholungskuren

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

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

| | |
|---|---|
| KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT: | CHF 50.–/Tag |
| KOMBI HALBPRIVAT/FLEX: | CHF 70.–/Tag |
| KOMBI PRIVAT: | CHF 90.–/Tag |
| KOMBI GLOBAL: | CHF 110.–/Tag |

### 3.2 Badekuren

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

| | |
|---|---|
| KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT: | CHF 30.–/Tag |
| KOMBI HALBPRIVAT/FLEX: | CHF 30.–/Tag |
| KOMBI PRIVAT: | CHF 50.–/Tag |
| KOMBI GLOBAL: | CHF 50.–/Tag |

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

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

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

### 3.3 Andere Kuren

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

### 3.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt

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

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

## *4. Besondere Leistungen*

### 4.1 SPITEX

#### 4.1.1 Grundsatz

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

#### 4.1.2 Leistungsumfang

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

Die Leistungen werden wie folgt erbracht:

| | |
|---|---|
| KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT: | bis CHF 40.–/Tag,<br>bis CHF 400.– |
| KOMBI HALBPRIVAT/FLEX: | bis CHF 50.–/Tag,<br>bis CHF 500.– |
| KOMBI PRIVAT: | bis CHF 60.–/Tag,<br>bis CHF 630.– |
| KOMBI GLOBAL: | bis CHF 60.–/Tag,<br>bis CHF 800.– |

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

| | |
|---|---|
| KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT: | CHF 40.–/Tag,<br>bis CHF 600.– |
| KOMBI HALBPRIVAT/FLEX: | CHF 70.–/Tag,<br>bis CHF 1000.– |
| KOMBI PRIVAT: | CHF 100.–/Tag,<br>bis CHF 1300.– |
| KOMBI GLOBAL: | CHF 110.–/Tag,<br>bis CHF 1600.– |

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

#### 4.1.3 Leistungserbringer

Als Haushaltshilfe 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 Fahrspesen in entsprechender Höhe belegen können. Anstelle der Leistungen an Haushaltshilfe können die gleichen Beiträge erbracht werden bei pflegerischen Leistungen von kommerziellen SPITEX-Unternehmen, wenn an diese keine Vergütung aus der Grundversicherung erfolgt.

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

An die Kosten

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

| | |
|---|---|
| KOMBI ALLGEMEIN/<br>KOMFORT: | CHF 10 000.– pro Kalenderjahr<br>an den ungedeckten Betrag,<br>der CHF 100.– pro Fall übersteigt. |
| KOMBI HALBPRIVAT/<br>FLEX: | CHF 20 000.– pro Kalenderjahr. |
| KOMBI PRIVAT: | CHF 30 000.– pro Kalenderjahr. |
| KOMBI GLOBAL: | unbegrenzt. |

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

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

### 4.3 Fahrtspesen

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

### 4.4 Kinderhütedienst

#### 4.4.1 Grundsatz

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

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

#### 4.4.2 Leistungsvoraussetzungen

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

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

#### 4.4.3 Leistungsumfang

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

### 4.5 Rooming-In

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

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

### 4.6 Spitaltaggeld

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

## *5. Mutterschaft*

### 5.1 Kosten der stationären Behandlung

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

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

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

### 5.2 Geburt in Geburtshaus

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

| | |
|---|---|
| KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT: | bis CHF 1000.– pro Geburt |
| KOMBI HALBPRIVAT/FLEX: | bis CHF 2000.– pro Geburt |
| KOMBI PRIVAT/GLOBAL: | volle Kostendeckung |

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

### 5.3 Haushaltshilfe nach Geburt

#### 5.3.1 Grundsatz

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

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

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

#### 5.3.2 Geburt im Spital

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

| | |
|---|---|
| KOMBI ALLGEMEIN/KOMFORT: | bis CHF 60.–/Tag, max. CHF 600.– |
| KOMBI HALBPRIVAT/FLEX: | bis CHF 100.–/Tag, max. CHF 1000.– |
| KOMBI PRIVAT: | bis CHF 100.–/Tag, max. CHF 1300.– |
| KOMBI GLOBAL: | bis CHF 110.–/Tag, max. CHF 1600.– |

#### 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 1500.– |
| KOMBI PRIVAT: | bis CHF 135.–/Tag, max. CHF 1900.– |
| KOMBI GLOBAL: | bis CHF 165.–/Tag, max. CHF 2310.– |

## *6. Unfall-Zusatz*

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

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

## *7. CASAMED-Variante*

### 7.1 Allgemeines

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

### 7.2 Leistungsstufen

Es werden alle Leistungsstufen der Versicherung geführt.

### 7.3 Allgemeine Leistungsvoraussetzung

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

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

### 7.4 Spitalwahl

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

### 7.5 Augen-, Frauen-, Kinderärzte

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

### 7.6 Notfälle

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

### 7.7 Leistungsausschluss

Begibt sich 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. ECOPLAN, Variante mit eingeschränkter Spitalwahl*

### 8.1 Allgemeines

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

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

### 8.2 Wahl/Kündigung des ECOPLAN

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

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

### 8.3 Leistungsumfang

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

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

### 8.4 Behandlung in einem anderen Spital

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

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

## *9. Franchise und Vergütung in der KOMBI HALBPRIVAT, PRIVAT UND GLOBAL*

### 9.1 Franchise

#### 9.1.1 Allgemeines

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

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

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

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

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

#### 9.1.2 Wechsel/Kündigung der Franchise

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

#### 9.1.3 Franchisehöhe

Es stehen folgende Franchisehöhen zur Auswahl

- CHF 2000.– pro Kalenderjahr
- CHF 5000.– pro Kalenderjahr

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

### 9.2 Vergütung

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

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

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

Die Vergütung wird geleistet, wenn keine Franchise vereinbart ist.

## 10. Kostenbeteiligung in der KOMBI FLEX

### 10.1 Umfang der Kostenbeteiligung

Die versicherte Person wählt vor dem Spitaleintritt die Spitalabteilung. Mit deren Wahl ist die Kostenbeteiligung bestimmt. Folgende Kostenbeteiligungen werden erhoben:

| Abteilung | Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr |
|---|---|
| Allgemeine Abteilung | keine |
| Allgemeine Abteilung Komfort Zweibettzimmer: | 10%, max. CHF 200.– |
| Allgemeine Abteilung Komfort Einbettzimmer: | 10%, max. CHF 200.– |
| Halbprivate Abteilung: | 15%, max. CHF 1500.– |
| Private Abteilung: | 25%, max. CHF 4500.– |

Diese Kostenbeteiligung gilt auch bei Mutterschaft.

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

Die Kostenbeteiligung kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

Die gesetzliche Kostenbeteiligung der Grundversicherung wird zusätzlich erhoben.

### 10.2 Maximale Kostenbeteiligung für Familien

Sind zwei oder mehrere Personen, die im gleichen Haushalt leben, in der Kombi Flex versichert, können Kostenbeteiligungen, die den Betrag von CHF 4500.– pro Kalenderjahr übersteigen, zurückgefordert werden.

# Allgemeine Versicherungsbestimmungen PRIVAT UNFALL

Versicherungsträger: ÖKK Versicherungen AG, gültig ab 01.01.2019

## Inhaltsverzeichnis


**1. Versicherungsgrundlagen**
- 1.1 Versicherungsträger
- 1.2 Gemeinsame Bestimmungen
- 1.3 Zweck
- 1.4 Leistungsvoraussetzung
- 1.5 Örtlicher Geltungsbereich
- 1.6 Versicherungsabschluss

**2. Stationäre Behandlung**
- 2.1 Spitalbehandlung
- 2.2 Langzeitbehandlung
  - 2.2.1 Leistungsumfang
- 2.3 Stationäre Rehabilitation
- 2.4 Leistung im Ausland
  - 2.4.1 Notfall
  - 2.4.2. Kostengutsprachegesuch
- 2.5 Kur
  - 2.5.1 Erholungskur
  - 2.5.2 Badekur
  - 2.5.3 Andere Kur
  - 2.5.4 Vorgehen bei Kuraufenthalt
- 2.6 Rooming-In

**3. Besondere Leistungen**
- 3.1 Haushaltshilfe
  - 3.1.1 Im Allgemeinen
  - 3.1.2 Leistungsumfang
  - 3.1.3 Leistungserbringer
- 3.2 Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
- 3.3 Kinderhütedienst
  - 3.3.1 Im Allgemeinen
  - 3.3.2 Leistungsvoraussetzung
  - 3.3.3 Leistungsumfang
- 3.4 Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen
  - 3.4.1 Behandlung durch Ärzte ohne KVG-Unterstellung
  - 3.4.2. Privatsprechstunde bei Spitalärzten ohne KVG-Unterstellung
  - 3.4.3 Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland
- 3.5 Hilfsmittel

**4. CASAMED-Variante**
- 4.1 Zusätzliche Bedingungen
- 4.2 Hausarztprinzip
- 4.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip
- 4.4 Spitäler
- 4.5 Notfall
- 4.6 Leistungsausschluss


## 1. Versicherungsgrundlagen

### 1.1 Versicherungsträger

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

### 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3 Zweck

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

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

### 1.4 Leistungsvoraussetzung

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

Für psychiatrische Behandlungen werden in keinem Fall Leistungen erbracht.

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

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

### 1.5 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung leistet in der Schweiz, bei Notfall weltweit.

### 1.6 Versicherungsabschluss

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

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

- Zusatz ALLGEMEIN
- Zusatz PLUS
- PREMIUM
- FAMILY
- FAMILY FLEX
- KOMBI

## 2. Stationäre Behandlung

### 2.1 Spitalbehandlung

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

### 2.2 Langzeitbehandlung

#### 2.2.1 Leistungsumfang

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

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

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

### 2.3 Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten Rehabilitationsklinik, leistet die Versicherung in den ersten 60 Tagen gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziffer 2.1. Unter Anrechnung der vorangegangenen Aufenthaltsdauer leistet die Versicherung ab dem 61. Tag gemäss den Bedingungen bei Langzeitbehandlung Ziffer 2.2.

### 2.4 Leistungen im Ausland

#### 2.4.1 Notfall

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

#### 2.4.2 Kostengutsprachegesuch

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

### 2.5 Kur

#### 2.5.1 Erholungskur

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

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

#### 2.5.2 Badekur

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

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

Die Versicherung leistet unabhängig davon, ob die versicherte Person stationär behandelt wird oder privat am Ort des Heilbades wohnt.

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

#### 2.5.3 Andere Kur

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

#### 2.5.4 Vorgehen bei Kuraufenthalten

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

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

### 2.6 Rooming-In

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

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

## *3. Besondere Leistungen*

### 3.1 Haushaltshilfe

#### 3.1.1 Im Allgemeinen

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

#### 3.1.2 Leistungsumfang

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

Ist die versicherte Person für die Betreuung eines Kindes bis zwölf Jahre verantwortlich, leistet die Versicherung bis CHF 100.– pro Tag, höchstens CHF 1300.– pro Kalenderjahr.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

#### 3.1.3 Leistungserbringer

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

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

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

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

Die Versicherung leistet an die Kosten

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

insgesamt bis CHF 30 000.– pro Kalenderjahr.

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

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

### 3.3 Kinderhütedienst

#### 3.3.1 Im Allgemeinen

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

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

#### 3.3.2 Leistungsvoraussetzung

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

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

#### 3.3.3 Leistungsumfang

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

### 3.4 Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen

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

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

#### 3.4.2 Privatsprechstunde bei Spezialärzten ohne KVG-Unterstellung

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

#### 3.4.3 Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland

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

### 3.5 Hilfsmittel

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

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

## *4. CASAMED-Variante*

### 4.1 Zusätzliche Bedingungen

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

### 4.2 Hausarztprinzip

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

Die Versicherung kann telemedizinische Institutionen als Hausarzt anerkennen.

### 4.3 Ausnahmen vom Hausarztprinzip

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

### 4.4 Spitäler

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

### 4.5 Notfall

Die Versicherung leistet bei Notfällen ungeachtet vom Hausarztprinzip.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

### 4.6 Leistungsausschluss

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

glarner krankenversicherung

# Versicherungsbestimmungen DENTAL

Versicherungsträger: ÖKK Versicherungen AG, gültig ab 01.01.2019

## Inhaltsverzeichnis


**1. Versicherungsgrundlagen**
- 1.1 Zweck
- 1.2 Versicherungsabschluss
- 1.3 Leistungsvoraussetzung
- 1.4 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 Karenzfrist
  - 2.2.5 Geldendmachung der Ansprüche

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


## 1. Versicherungsgrundlagen

### 1.1 Zweck

Die Versicherung leistet für zahnärztliche Behandlungen und prophylaktische Massnahmen.

### 1.2 Versicherungsabschluss

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

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

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

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

### 1.3 Leistungsvoraussetzung

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

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

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

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

### 1.4 Ausland

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

## 2. Versicherungsmöglichkeiten

Es bestehen folgende Versicherungsmöglichkeiten:

– DENTAL PICCOLO bis zum vollendeten 15. Altersjahr
– DENTAL

### 2.1 Dental Piccolo

#### 2.1.1 Leistungen

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

#### 2.1.2 Automatischer Übertritt

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

### 2.2 Dental

#### 2.2.1 Leistungsvarianten

| Variante | maximaler Leistungsanspruch pro Kalenderjahr | |
|---|---|---|
| Dental A | 75% bis max. | CHF 1000.–<br>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.–<br>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 Kalenderjahr erhoben. Der maximale Leistungsanspruch pro Kalenderjahr berechnet sich aus dem die Franchise übersteigenden Restbetrag.

#### 2.2.2 Prophylaxe und Kontrolle

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

#### 2.2.3 Leistungen / Behandlungszeitraum

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

Für Zahnpflegemittel werden keine Leistungen erbracht.

Der Versicherer leistet die versicherten Beträge pro Kalenderjahr.

#### 2.2.4 Karenzfrist

Der Leistungsanspruch aus der Versicherung beginnt

- nach einer Karenzzeit von 12 Monaten für prothetische Versorgungen (wie Kronen, Brücken, Prothesen, Stiftzähne, Stumpfaufbauten sowie Apparaturen zur Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen inkl. entsprechende Provisorien, Reparaturen und die dazu-gehörenden 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 die detaillierte Originalrechnung sofort, spätestens jedoch innert 30 Tagen ab Rechnungsstellung vorzulegen. Aus der Rechnung muss die Behandlungsdauer sowie die einzeln aufgeführten Leistungen nach Zahnarzttarif ersichtlich sein.

## *3. CASAMED-Variante*

### 3.1 Allgemeines

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

Für die CASAMED-Variante gelten folgende zusätzliche Bedingungen.

### 3.2 Leistungsvoraussetzung

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

### 3.3 Notfälle

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

### 3.4 Leistungsausschluss, Ausschluss CASAMED-Variante

#### 3.4.1 Leistungsausschluss

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

#### 3.4.2 Ausschluss CASAMED-Variante

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

### 3.5 Prämien

In der CASAMED-Variante gilt eine reduzierte Prämie.

# Versicherungsbestimmungen TOURIST

Versicherungsträger: ÖKK Versicherungen AG, Coop Rechtsschutz AG, Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, gültig ab 01.01.2022

## Inhaltsverzeichnis

**Versicherungsgrundlagen**
1. Versicherungsträger
2. Gemeinsame Bestimmungen
3. Zweck
4. Versicherungsmöglichkeiten
5. Versicherungsabschluss
6. Versicherte Personen
   6.1 Einzelversicherung
   6.2 Familienversicherung
7. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung
8. Auflösung des Kollektivvertrages
9. Kostenbeteiligung

**Heilungskosten & Personen-Assistance**
1. Leistungsvoraussetzung
2. Örtlicher Geltungsbereich
3. Zeitlicher Geltungsbereich
4. Versicherungsleistungen
   4.1 Heilungskosten
   4.2 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen
   4.3 Besuchsreise und Reisemehrkosten
      4.3.1 Besuchsreise
      4.3.2 Extra-Rückreise
   4.4 Deckungssumme
      4.4.1 TOURIST 50/100
      4.4.2 TOURIST 250/500
   4.5 Service-Dienstleistungen
      4.5.1 Kostenvorschuss an ein Spital
      4.5.2 Benachrichtigung von Personen zu Hause
      4.5.3 Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland
      4.5.4 Medizinische Beratung durch Ärzte
   4.6 Leistungsausschluss
5. Pflichten im Schadenfall
   5.1 Benachrichtigung der Notrufzentrale
   5.2 Entbindung von der Schweigepflicht
   5.3 Geltendmachung des Anspruchs
   5.4 Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts
6. Leistungen Dritter
   6.1 Sozialversicherungen
   6.2 Bestehende Versicherungen beim Versicherer
   6.3 Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen

**Reiserechtsschutz**
1. Örtlicher Geltungsbereich
2. Zeitlicher Geltungsbereich
3. Versicherte Eigenschaften
4. Versicherte Reiserechtsschutz-Fälle
5. Versicherungsleistungen
6. Ausschlüsse
7. Anmeldung eines Rechtsschutzfalles
8. Abwicklung eines Rechtsschutzfalles
9. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten
10. Gerichtsstand

**Annullierungskosten**
1. Örtlicher Geltungsbereich
2. Zeitlicher Geltungsbereich
3. Versicherte Ereignisse
4. Versicherungsleistungen
   4.1 Grundsatz
   4.2 Annullierungskosten
   4.3 Mehrkosten
   4.4 Unbenützte Reiseleistung
   4.5 Deckungssummen
   4.6 Leistungsausschluss
   4.7 Chronisch Kranke
   4.8 Forderungsabtretung
   4.9 Haftung Versicherungsträger
5. Verhaltenspflichten auf Reisen
6. Pflichten im Schadenfall
7. Ansprüche gegenüber Dritten
8. Gerichtsstand

**Reisegepäck**
1. Örtlicher Geltungsbereich
2. Zeitlicher Geltungsbereich
3. Versicherte Gegenstände
4. Nicht versicherte Gegenstände
5. Versicherte Ereignisse
6. Versicherungsleistungen
   6.1 Leistungsumfang
   6.2 Deckungssummen
   6.3 Leistungsausschluss
   6.4 Forderungsabtretung
   6.5 Haftung Versicherungsträger
7. Verhaltenspflichten auf Reisen
8. Pflichten im Schadenfall
9. Gerichtsstand

## Versicherungsgrundlagen

### 1. Versicherungsträger

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

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

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

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

Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, mit Sitz in Basel (nachfolgend ERV genannt). ÖKK hat zugunsten der versicherten Personen mit der ERV als Versicherungsträgerin einen Kollektivversicherungsvertrag abgeschlossen, welcher den versicherten Personen für die Annullierungskosten- und die Reisegepäck-Versicherung ein direktes Forderungsrecht gegenüber dieser einräumt.

**2. Gemeinsame Bestimmungen**

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

Die Regelung betreffend Leistungsbeschränkungen gemäss den GB UNO findet für TOURIST keine Anwendung.

**3. Zweck**

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

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

Massgebend für die Deckung sind die nachfolgenden Leistungsbestimmungen.

**4. Versicherungsmöglichkeiten**

Folgende Module können innerhalb TOURIST abgeschlossen werden:

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

**5. Versicherungsabschluss**

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

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

**6. Versicherte Personen**

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

**6.1. Einzelversicherung**

Versichert ist die auf der Versicherungspolice aufgeführte Person.

**6.2. Familienversicherung**

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

**7. Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung**

Beginn, Dauer und Beendigung der Versicherung richten sich nach den GB UNO.

**8. Auflösung des Kollektivvertrages**

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

**9. Kostenbeteiligung**

Auf Leistungen aus TOURIST wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

## *Heilungskosten & Personen-Assistance*

**1. Leistungsvoraussetzung**

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

**2. Örtlicher Geltungsbereich**

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

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

**3. Zeitlicher Geltungsbereich**

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

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

## 4. Versicherungsleistungen

### 4.1. Heilungskosten

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

Im Verhältnis mit anderen Versicherungsgesellschaften wird auf Ziffer 9.1.3. der GB UNO zur Mehrfachversicherung verwiesen.

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

Die für die Schweiz geltende gesetzliche Kostenbeteiligung ist nicht versichert.

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

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

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

### 4.3. Besuchsreise und Reisemehrkosten

#### 4.3.1 Besuchsreise

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

#### 4.3.2 Extra-Rückreise

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

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

### 4.4. Deckungssumme

#### 4.4.1 Tourist 50/100

Die Deckungssumme beträgt für sämtliche Leistungen insgesamt CHF 50000 pro versicherte Person, jedoch maximal CHF 100000 pro versicherte Familie.
Varianten Auslandaufenthaltsdauer:
– bis maximal 17 Tage
– bis maximal 40 Tage.

#### 4.4.2 Tourist 250/500

Die Deckungssumme beträgt für sämtliche Leistungen insgesamt CHF 250000 pro versicherte Person, jedoch maximal CHF 500000 pro versicherte Familie.
Varianten Auslandaufenthaltsdauer:
– bis maximal 17 Tage
– bis maximal 40 Tage
– bis maximal 365 Tage.

### 4.5. Service-Dienstleistungen

#### 4.5.1 Kostenvorschuss an ein Spital

Wenn eine versicherte Person im Ausland hospitalisiert werden muss, leistet der Versicherer, falls notwendig, einen Vorschuss an die Spitalkosten bis CHF 20000. Ist ein Teil des vorgeleisteten Betrages durch die bestehende Versicherung nicht gedeckt, wird dieser der versicherten Person in Rechnung gestellt. Der eingeforderte Betrag ist innert 30 Tagen zurückzubezahlen.

#### 4.5.2 Benachrichtigung von Personen zu Hause

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

#### 4.5.3 Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland

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

#### 4.5.4 Medizinische Beratung durch Ärzte

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

### 4.6. Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht

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

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

## 5. Pflichten im Schadenfall

### 5.1. Benachrichtigung der Notrufzentrale

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

### 5.2. Entbindung vonder Schweigepflicht

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

### 5.3. Geltendmachung des Anspruchs

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

### 5.4. Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts

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

## 6. Leistungen Dritter

### 6.1. Sozialversicherungen

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

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

### 6.2. Bestehende Versicherungen beim Versicherer

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

### 6.3. Rettungsflugwacht oder ähnliche Organisationen

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

## *Reiserechtsschutz*

**1. Örtlicher Geltungsbereich**

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

**2. Zeitlicher Geltungsbereich**

Der Versicherungsschutz gilt während der in der Versicherungspolice festgelegten Versicherungsdauer.

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

**3. Versicherte Eigenschaften**

Die versicherte Person geniesst Rechtsschutz in ihrer Eigenschaft als

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

**4. Versicherte Reiserechtsschutz-Fälle**

Folgende Rechtsschutz-Fälle sind versichert:

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

**5. Versicherungsleistungen**

In den versicherten Rechtsschutz-Fällen werden folgende Leistungen gewährt:

a) die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen durch den Rechtsdienst der Coop Rechtsschutz,
b) die Bezahlung bis maximal CHF 300000 (ausserhalb Europas CHF 100000) pro Fall, falls keine spezielle Leistungsbeschränkung festgehalten ist, insbesondere der
   - Kosten von beauftragten Rechtsanwälten und Mediatoren,
   - Kosten von beauftragten Experten,
   - zulasten der versicherten Person gehenden Verfahrens- und Gerichtskosten,
   - an die Gegenpartei zu entrichtende Prozessentschädigungen,
   - Reisespesen für das notwendige Erscheinen vor einem ausländischen Gericht bis max. CHF 5000,
   - Übersetzungskosten bis max. CHF 5000 und
   - Strafkautionen zur Vermeidung einer Untersuchungshaft bis max. CHF 100000. Diese Leistung wird nur vorschussweise erbracht und ist der Coop Rechtsschutz zurückzuerstatten.

Nicht bezahlt werden

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

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

**6. Ausschlüsse**

Kein Rechtsschutz wird gewährt

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

**7. Anmeldung eines Rechtsschutzfalles**

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

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

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

**8. Abwicklung eines Rechtsschutzfalles**
Coop Rechtsschutz ergreift nach Rücksprache mit der versicherten Person die zu ihrer Interessenwahrung gebotenen Massnahmen.

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

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

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

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

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

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

## *Annullierungskosten*

**1. Örtlicher Geltungsbereich**
Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

**2. Zeitlicher Geltungsbereich**
Der Versicherungsschutz gilt für den auf der Versicherungs-police angegebenen Zeitraum.

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

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

a) unvorhersehbare schwere Krankheit, schwere Verletzung, schwere Schwangerschaftskomplikation oder Tod
   - einer versicherten Person,
   - einer mitreisenden Person,
   - einer nicht mitreisenden Person, die der versicherten Person sehr nahesteht,
   - des direkten Stellvertreters am Arbeitsplatz, sodass die Anwesenheit der versicherten Person dort unerlässlich ist,

b) Streik (vorbehalten aktive Beteiligung) auf der geplanten Reiseroute im Ausland,

c) Unruhen aller Art oder Elementarereignisse an der Reisedestination, wenn diese das Leben und das Eigentum der versicherten Person konkret gefährden und eine offizielle Reisewarnung der schweizerischen Behörden für die Reisedestination besteht resp. wenn deshalb die Fortsetzung der Reise oder des Aufenthaltes verunmöglicht oder unzumutbar wird,

d) schwere Beeinträchtigung des Eigentums der versicherten Person an ihrem Wohnort infolge Feuer-, Elementar-, Diebstahl oder Wasserschaden, sodass ihre Anwesenheit zu Hause unerlässlich ist,

e) Ausfall oder Verspätung – beides infolge technischen Defekts oder Personenunfalls – des zu benützenden öffentlichen Transportmittels zum offiziellen Abreiseort (Flughafen, Abgangsbahnhof, Hafen oder Careinstieg) im Wohnstaat,

f) wenn innerhalb der letzten 30 Tage vor der Abreise
   - die versicherte Person unvorhersehbar bei einem neuen Arbeitgeber eine neue dauerhafte Arbeitsstelle im Angestelltenverhältnis antritt (Beförderungen usw. sind ausgeschlossen) oder
   - der Arbeitsvertrag der versicherten Person ohne ihr eigenes Verschulden von ihrem Arbeitgeber gekündigt wird, und

g) Diebstahl von Fahrkarten, Reisepass oder Identitätskarte.

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

## 4. Versicherungsleistungen

### 4.1. Grundsatz

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

### 4.2. Annullierungskosten

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

Unverhältnismässige oder mehrmalige Bearbeitungsgebühren sind nicht versichert.

### 4.3. Mehrkosten

Die Versicherung vergütet die Mehrkosten bei verspätetem Reiseantritt, vorzeitigem Reiseabbruch oder Verlängerung der Reise, wenn die Reiseleistung infolge des versicherten Ereignisses nicht zur vorgesehenen Zeit angetreten werden kann, vorzeitig abgebrochen oder verlängert werden muss. Mehrkosten zur Verlängerung der Reise werden während maximal 7 Tagen erstattet. Werden Mehrkosten geltend gemacht, entfällt der Anspruch auf Annullierungskosten.

### 4.4. Unbenützte Reiseleistung

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

### 4.5. Deckungssummen

Die Leistungen für Annullierungskosten oder Mehrkosten bei verspätetem Reiseantritt oder vorzeitigem Reiseabbruch sind auf CHF 20000 pro Ereignis und Person bzw. CHF 50000 pro Ereignis und Familie begrenzt.

Mehrkosten zur Verlängerung der Reise sind auf maximal CHF 700 pro Person oder bei Benützung eines Mietwagens auf CHF 1000, gleichgültig, wie viele Personen den Mietwagen benutzen, begrenzt.

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

### 4.6. Leistungsausschluss

Leistungen sind ausgeschlossen,

a) wenn der Leistungsträger (Reiseunternehmer, Vermieter, Veranstalter usw.) die vereinbarte Leistung absagt oder aus objektiven Gründen hätte absagen müssen (dies gilt insbesondere für Pauschalreisen),
b) wenn das Ereignis bei Abschluss der Versicherung oder Buchung der Reiseleistung bereits eingetreten ist oder erkennbar war,
c) wenn das Leiden, das Anlass zur Annullierung, zum Reiseabbruch oder zur Reiseverlängerung gab, eine Komplikation oder Folge einer bei Versicherungsbeginn oder bei der Buchung der Reiseleistung bereits geplanten medizinischen Behandlung oder Operation war,
d) wenn eine Krankheit oder die Folgen eines Unfalls, einer Operation oder eines medizinischen Eingriffs im Zeitpunkt der Reisebuchung bereits bestanden haben und bis zum Reisedatum nicht abgeheilt sind,
e) bei Annullierung, Reiseabbruch oder Reiseverlängerung ohne medizinische Indikation oder wenn das Arztzeugnis nicht zum Zeitpunkt der erstmöglichen Feststellung der Reiseunfähigkeit ausgestellt wurde oder durch eine telefonische Konsultation erwirkt wurde,
f) wenn eine Annullierung infolge eines psychischen oder psychosomatischen Leidens
   - nicht durch die Feststellung und in einem am Tag der Annullierung ausgestellten Attest eines psychiatrischen Facharztes begründet werden kann und
   - von Personen im Angestelltenverhältnis nicht zusätzlich durch das Beibringen einer 100%-Abwesenheitsbestätigung des Arbeitgebers während der Dauer der ärztlich attestierten Reiseunfähigkeit begründet werden kann,
g) wenn der Gutachter (Experte, Arzt usw.), der Feststellungen über das Schadenereignis trifft, direkt begünstigt oder mit der versicherten Person verwandt oder verschwägert ist,
h) bei Ereignissen, die eine Folge behördlicher Anordnungen (Haft, Ein- oder Ausreisesperre, Schliessung der Grenzen und/oder des Luftraums, Quarantäne usw.) sind,
i) welche die versicherte Person im Zusammenhang mit Selbstmord, Selbstverstümmelung und dem Versuch dazu herbeiführt,
j) bei Annullierungen, Reiseabbrüchen oder Reiseverlängerungen, die auf kriegerische Ereignisse oder auf Terrorismus zurückzuführen sind,
k) bei Annullierungen, Reiseabbrüchen oder Reiseverlängerungen aufgrund von Ereignissen durch ionisierende Strahlen irgendwelcher Art, insbesondere auch aus Atomkernumwandlungen,
l) wenn das Ereignis, welches Anlass zur Annullierung, zum Reiseabbruch oder zur Reiseverlängerung gibt, durch vorsätzliches oder grobfahrlässiges Handeln oder Unterlassen verursacht wird oder auf Ausserachtlassung der allgemein üblichen Sorgfaltspflicht zurückzuführen ist,
m) wenn ein Ereignis, welches zur Annullierung, zum Reiseabbruch oder zur Reiseverlängerung führt, durch den Einfluss von Alkohol, Drogen, Betäubungs- oder Arzneimitteln verursacht wird,
n) wenn das Ereignis, welches Anlass zur Annullierung, zum Reiseabbruch oder zur Reiseverlängerung gibt, anlässlich der vorsätzlichen Begehung von Verbrechen oder Vergehen oder des Versuchs dazu entsteht,
o) wenn Mehrkosten für einen vorzeitigen Reiseabbruch oder für eine Reiseverlängerung geltend gemacht werden, ohne diese Kosten zuvor von der Notrufzentrale genehmigen zu lassen und
p) bei Epidemien und Pandemien sowie den Folgen daraus. Vorbehalten bleiben alle abschliessend aufgezählten versicherten Ereignisse.

### 4.7. Chronisch Kranke

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

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

### 4.8. Forderungsabtretung

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

### 4.9. Haftung Versicherungsträger

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

## 5. Verhaltenspflichten auf Reisen

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

## 6. Pflichten im Schadenfall

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

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

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

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

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

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

## 7. Ansprüche gegenüber Dritten

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

Bei Mehrfachversicherung (freiwillige oder obligatorische Versicherung) erbringt die ERV ihre Leistungen subsidär, es sei denn, die Versicherungsbedingungen des anderen Versicherers enthalten ebenfalls eine Subsidiärklausel. In diesem Fall sind die gesetzlichen Regelungen der Doppelversicherung anwendbar.

Die versicherte / anspruchsberechtigte Person verpflichtet sich, im Leistungsfall bestehende Versicherungsdeckungen vollständig offen zu legen und zugänglich zu machen und ermächtigt die ERV, allfällige Ansprüche geltend zu machen,.

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

## 8. Gerichtsstand

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

# *Reisegepäck*

## 1. Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

## 2. Zeitlicher Geltungsbereich

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

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

## 3. Versicherte Gegenstände

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

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

## 4. Nicht versicherte Gegenstände

Nicht versichert sind

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

## 5. Versicherte Ereignisse

Versichert sind

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

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

## 6. Versicherungsleistungen

### 6.1. Leistungsumfang

Die Versicherung entschädigt

a) bei Totalschaden versicherter Gegenstände den Zeitwert; als Zeitwert gilt der seinerzeitige Anschaffungspreis abzüglich Wertverminderung von mindestens 10% pro Jahr ab Kaufdatum, insgesamt jedoch höchstens 60%,
b) bei Teilschaden die Kosten der Reparatur, höchstens jedoch den Zeitwert,
c) für die Gesamtheit von wertvollen Gegenständen im Maximum 50% der Versicherungssumme,
d) Bargeld und Fahrkarten ausschliesslich im Falle von Beraubung, und zwar bis 20% der Versicherungssumme, höchstens jedoch CHF 1000, für Ticketersatz CHF 2000,
e) Bruchschäden bis zu 20% der Versicherungssumme,
f) Brillen, Kontaktlinsen, Prothesen und Rollstühle bis zu 20% der Versicherungssumme,
g) bei Diebstahl bzw. Verlust von Reisepass, Identitätskarte, Führer-, Fahrzeug- und ähnlichen Ausweisen sowie von Schlüsseln die Wiederherstellungskosten,
h) bei Diebstahl bzw. Verlust von Kreditkarten und Mobiltelefonen die Organisation (nicht aber die Kosten) der Sperrung,
i) bei verspäteter Auslieferung des Reisegepäcks durch ein öffentliches Transportmittel die Kosten für unbedingt notwendige Anschaffungen bis CHF 1000 pro Person und maximal CHF 4000 pro Familie bzw. pro Versicherungspolice und Ereignis. Bei der Rückreise an den Wohnort besteht kein Anspruch auf Entschädigung,
j) für die in einem abgeschlossenen Fahrzeug, Boot oder Zelt belassenen, nicht wertvollen Gegenstände bis 50% der Versicherungssumme, im Maximum jedoch CHF 2000 pro versicherte Reise bei einer Einzelversicherung resp. CHF 5000 bei einer Familienversicherung.

### 6.2. Deckungssummen

Die Leistungen sind auf die versicherte Summe begrenzt und betragen maximal CHF 4000 pro Person und CHF 10000 pro Familie bzw. Versicherungspolice und Ereignis.

### 6.3. Leistungsausschluss

Leistungen sind ausgeschlossen für Schäden

a) infolge von Abnützung, Selbstverderb, Witterungseinflüssen, ungenügender oder mangelhafter Beschaffenheit oder Verpackung der Gegenstände,
b) infolge von Liegenlassen, Verlegen, Verlieren, Fallenlassen oder Selbstverschulden,
c) an Gegenständen, die an einem jedermann zugänglichen Ort, ausserhalb des Einflussbereiches der versicherten Person, sei es auch nur für kurze Zeit, zurückgelassen werden,
d) an Gegenständen, deren Verwahrung ihrem Wert nicht angemessen ist,
e) an wertvollen Gegenständen, die in einem Fahrzeug, Boot oder Zelt zurückgelassen werden oder einer Transportanstalt zur Beförderung übergeben werden, und zwar solange sich diese Gegenstände in der Obhut der Transportanstalt befinden,
f) an Gegenständen, die auf oder in Fahrzeugen, Booten oder Zelten während der Nacht (22 Uhr bis 6 Uhr), zurückgelassen werden,
g) die auf kriegerische Ereignisse oder auf Terrorismus zurückzuführen sind,
h) aufgrund von Ereignissen durch ionisierende Strahlen irgendwelcher Art, insbesondere auch aus Atomkernumwandlungen,
i) die durch vorsätzliches oder grobfahrlässiges Handeln oder Unterlassen verursacht werden oder auf Ausserachtlassung der allgemein üblichen Sorgfaltspflicht zurückzuführen sind,
j) die anlässlich der vorsätzlichen Begehung von Verbrechen oder Vergehen oder des Versuchs dazu entstehen.

### 6.4. Forderungsabtretung

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

### 6.5. Haftung Versicherungsträger

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

## 7. Verhaltenspflichten auf Reisen

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

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

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

**8. Pflichten im Schadenfall**

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

Die versicherte Person hat

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

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

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

Beschädigte Gegenstände sind zur Verfügung der ERV zu halten.

**9. Gerichtsstand**

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

glarner krankenversicherung

# Versicherungsbestimmungen Taggeldversicherung COMPENSA nach VVG

Versicherungsträger: ÖKK Versicherungen AG, gültig ab 01.01.2022

## Inhaltsverzeichnis


**1. Versicherungsgrundlagen**
- 1.1 Versicherungsträger
- 1.2 Gemeinsame Bestimmungen
- 1.3 Zweck

**2. Örtliche Geltung**
- 2.1 Allgemeines
- 2.2 Arbeitsunfähigkeit im Ausland
- 2.3 Auslandaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit

**3. Versicherungsabschluss**
- 3.1 Aufnahmebedingungen
- 3.2 Ärztliches Zeugnis
- 3.3 Übertritt aus der Kollektivversicherung
- 3.4 AHV-Rentenalter

**4. Kündigung**
- 4.1 Ausserordentliche Kündigung
- 4.2 Übrige Beendigungsgründe

**5. Versicherungsmöglichkeiten**

**6. Versicherungsumfang**
- 6.1 Höhe des versicherten Taggeldes
- 6.2 Bemessungsgrundlage der Taggelder
- 6.3 Maximaldeckung
  - 6.3.1 Versicherbares Taggeld
  - 6.3.2 Selbstständig Erwerbende
  - 6.3.3 Angestellte
  - 6.3.4 Nicht-Erwerbstätige
  - 6.3.5 Arbeitslose Personen
- 6.4 Unfalldeckung
- 6.5 Geburt
- 6.6 Leistungsbeginn und Wartefristen
- 6.7 Anpassung der Versicherung
  - 6.7.1 Anpassung an die Teuerung
  - 6.7.2 Arbeitslose Personen

**7. Versicherungsleistungen**
- 7.1 Leistungsvoraussetzung
  - 7.1.1 Arbeitsunfähigkeit
  - 7.1.2 Ärztliches Zeugnis
- 7.2 Leistungsumfang
  - 7.2.1 Im Allgemeinen
  - 7.2.2 Selbstständig Erwerbende und Nicht-Erwerbstätige
  - 7.2.3 Angestellte
  - 7.2.4 Teilweise Arbeitsunfähigkeit
  - 7.2.5 Unfall
  - 7.2.6 Geburt
- 7.3 Leistungsdauer
  - 7.3.1 Grundsatz
  - 7.3.2 Geburt
  - 7.3.3 AHV-Rentenalter
  - 7.3.4 Arbeitslose Personen
  - 7.3.5 Übertritt aus der Kollektivversicherung
- 7.4 Leistungsbeschränkung
  - 7.4.1 Leistungsausschluss
  - 7.4.2 Leistungseinschränkungen
  - 7.4.3 Rückerstattungspflicht

**8. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall**
- 8.1 Meldepflicht
- 8.2 Auskunftspflicht

**9. Prämien und Zahlungen**
- 9.1 Prämienhöhe
- 9.2 Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)
  - 9.2.1 Grundsatz
  - 9.2.2 Beobachtungsperiode
  - 9.2.3 Rabattstufen
  - 9.2.4 Stufenanpassung bei Leistungsbezug
  - 9.2.5 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit
  - 9.2.6 Änderung der Versicherungsdeckung
- 9.3 Leistungsausrichtung
  - 9.3.1 Auszahlung von Taggeldern
  - 9.3.2 Taggelder bei Geburt

**10. Leistungen Dritter**
- 10.1 Angestellte und Nicht-Erwerbstätige
- 10.2 Selbstständig-Erwerbende


## 1. Versicherungsgrundlagen

### 1.1 Versicherungsträger

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

### 1.2 Gemeinsame Bestimmungen

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

### 1.3 Zweck

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

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

COMPENSA wird auch Nicht-Erwerbstätigen angeboten.

## 2. Örtliche Geltung

### 2.1 Allgemeines

Die Versicherung gilt weltweit.

### 2.2 Arbeitsunfähigkeit im Ausland

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

### 2.3 Auslandaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit

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

## 3. Versicherungsabschluss

### 3.1 Aufnahmebedingungen

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

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

### 3.2 Ärztliches Zeugnis

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

### 3.3 Übertritt aus der Kollektivversicherung

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

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

### 3.4 AHV-Rentenalter

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

## 4. Kündigung

### 4.1 Ausserordentliche Kündigung

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

### 4.2 Übrige Beendigungsgründe

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

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

## 5. Versicherungsmöglichkeiten

Folgende Versicherungsvarianten können gewählt werden:

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

Diese Versicherungsvarianten können mit unterschiedlicher Leistungsdauer abgeschlossen werden.

## 6. Versicherungsumfang

### 6.1 Höhe des versicherten Taggeldes

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

### 6.2 Bemessungsgrundlage der Taggelder

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

### 6.3 Maximaldeckung

#### 6.3.1 Versicherbares Taggeld

Das versicherbare Taggeld ist auf CHF 200000.– pro Jahr begrenzt. Für Personen, die aus einer Kollektivversicherung des Versicherers übertreten, ist es auf CHF 250000.– pro Jahr begrenzt.

#### 6.3.2 Selbständig Erwerbende

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

#### 6.3.3 Angestellte

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

#### 6.3.4 Nicht-Erwerbstätige

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

#### 6.3.5 Arbeitslose Personen

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

### 6.4 Unfalldeckung

Die Unfalldeckung kann miteingeschlossen bzw. allein versichert werden.

### 6.5 Geburt

Im Krankentaggeld ist die Deckung des Erwerbsausfalls infolge Geburt miteingeschlossen.

### 6.6 Leistungsbeginn und Wartefristen

Der Versicherer bietet Taggeld-Versicherungen mit unterschiedlichem Leistungsbeginn an.

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

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

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

Bei Eintritt ins AHV-Rentenalter, wird eine vereinbarte Wartefrist von 60 Tagen und mehr in eine Wartefrist von 30 Tagen umgewandelt.

### 6.7 Anpassung der Versicherung

#### 6.7.1 Anpassung an die Teuerung

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

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

#### 6.7.2 Arbeitslose Personen

Arbeitslose Personen können ihre Versicherung gegen eine entsprechende Prämienanpassung unabhängig von ihrem Gesundheitszustand in eine solche mit einer Wartefrist von 30 Tagen umwandeln. Der Betrag des versicherten Taggeldes wird auf Beginn der Arbeitslosigkeit auf die Höhe der Arbeitslosenentschädigung herabgesetzt.

## *7. Versicherungsleistungen*

### 7.1 Leistungsvoraussetzung

#### 7.1.1 Arbeitsunfähigkeit

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

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

#### 7.1.2 Ärztliches Zeugnis

Taggeldleistungen setzen eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person voraus.

Die Bescheinigung muss von einem durch den Versicherer anerkannten Arzt oder Chiropraktor (gemäss Art. 6.1.11 der GB UNO) ausgestellt sein.

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

### 7.2 Leistungsumfang

#### 7.2.1 Im Allgemeinen

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

#### 7.2.2 Selbstständig Erwerbende und Nicht-Erwerbstätige

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

#### 7.2.3 Angestellte

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

#### 7.2.4 Teilweise Arbeitsunfähigkeit

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

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

#### 7.2.5 Unfall

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

#### 7.2.6 Geburt

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

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

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

### 7.3 Leistungsdauer

#### 7.3.1 Grundsatz

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

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

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

#### 7.3.2 Geburt

Der Leistungsanspruch beginnt am Tag der Geburt.

Für ein Taggeld, das vor der Geburt während mindestens 3 vollen Versicherungsjahren in gleicher Höhe versichert war, erstreckt sich die maximale Leistungsdauer auf 16 Wochen, d.h. zusätzlich zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG 2 Wochen in Höhe des versicherten Taggeldes bei Geburt. Bei kürzere Versicherungsdauer beträgt die Leistungsdauer 8 Wochen.

Bei Geburt gilt die gleiche Wartefrist wie bei Krankheit. Die Wartefrist wird unabhängig von Krankheiten und Unfall an die Leistungsdauer bei Geburt angerechnet. Wurde die Wartefrist infolge Schwangerschaftskomplikationen an die Leistungsdauer angerechnet, wird bei Geburtengeld auf eine erneute Anrechnung der Wartefrist verzichtet.

Die Taggelder bei Geburt werden an die maximale Leistungsdauer eines Versicherungsfalls angerechnet.

#### 7.3.3 AHV-Rentenalter

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

#### 7.3.4 Arbeitslose Personen

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

#### 7.3.5 Übertritt aus der Kollektivversicherung

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

### 7.4 Leistungsbeschränkungen

#### 7.4.1 Leistungsausschluss

Neben den in den GB UNO erwähnten Leistungsausschlüssen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen

a) für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind,
b) bei Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die durch einen vom Versicherer nicht anerkannte Arzt oder Chiropraktiker ausgestellt wurde,
c) wenn die versicherte Person vorsätzlich unrechtmässig Leistungen bezieht oder zu beziehen versucht,
d) wenn der Grad der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person weniger als 25% beträgt,
e) für Angestellte während der Dauer eines unbezahlten Urlaubes und
f) nach Beendigung des Versicherungsvertrages, wobei periodische Leistungsverpflichtungen im Sinne von Art. 35c VVG vorbehalten sind.

#### 7.4.2 Leistungseinschränkungen

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

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

Vorbehalten bleiben die Bestimmungen nach Art. 45 VVG.

#### 7.4.3 Rückerstattungspflicht

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

## *8. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall*

### 8.1 Meldepflicht

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

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

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

Angestellte haben den Nachweis von ungedecktem Erwerbsausfall zu erbringen.

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

### 8.2 Auskunftspflicht

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

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

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

Im Weiteren gelten die Auskunftsplichten gemäss GB UNO.

## *9. Prämien und Zahlungen*

### 9.1 Prämienhöhe

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

Im Weiteren gelten für die Prämienfestsetzung, die Prämienzahlung, den Zahlungsverzug sowie die Prämienanpassung die GB UNO.

### 9.2 Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

#### 9.2.1 Grundsatz

Bei Leistungsfreiheit wird ein Prämienrabatt gewährt.

#### 9.2.2 Beobachtungsperiode

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

#### 9.2.3 Rabattstufen

Es werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

| Rabattstufe | Prämie |
|---|---|
| 0 | 100% |
| 1 | 64% |

Die Festsetzung der Rabattstufen kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

#### 9.2.4 Stufenanpassung bei Leistungsbezug

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

#### 9.2.5 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

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

#### 9.2.6 Änderung der Versicherungsdeckung

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

### 9.3 Leistungsausrichtung

#### 9.3.1 Auszahlung von Taggeldern

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

#### 9.3.2 Taggelder bei Geburt

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

## *10. Leistungen Dritter*

### 10.1 Angestellte und Nicht-Erwerbstätige

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

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

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

### 10.2 Selbstständig Erwerbende

Für selbständig Erwerbende entspricht der Leistungsumfang der vereinbarten Taggeldsumme. Im Weiteren gelten die Regelungen betreffend Leistungen Dritter gemäss den GB, die laut Police anwendbar sind, ausgenommen die Regelung betreffend Überversicherung.

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

# Allgemeine Versicherungsbestimmungen Landwirtschaftliche Aushilfe

Versicherungsträger: SOLIDA Versicherungen AG, gültig ab 01.01.1995

## Inhaltsverzeichnis


1. **Gegenstand der Versicherung**
2. **Versicherungsträger**
3. **Versicherte Personen**
4. **Unfallbegriff**
5. **Heilungskosten**
6. **Unfalltaggeld**
7. **Invaliditätskapital**
8. **Todesfall**
9. **Ausschlüsse**
10. **Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes**
11. **Finanzierung / Prämienzahlung**
12. **Unfallanzeige**
13. **Unfallbehandlung**
14. **Gerichtsstand**
15. **Anwendbares Recht**


## 1. Gegenstand der Versicherung

Versichert sind die wirtschaftlichen Folgen von Berufsunfällen inkl. Arbeitsweg. Für die Abgrenzung gelten die Bestimmungen des UVG zur Zeit des Unfalles. Nicht versichert sind Personen, die dem UVG unterstehen.

## 2. Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die SOLIDA Versicherungen AG, Zürich, nachstehend kurz SOLIDA genannt. Zu diesem Zwecke hat die Krankenversicherung, bei welcher der Inhaber des Landwirtschaftbetriebes und/oder dessen Ehefrau Mitglied sind, mit der SOLIDA einen Kollektiv-Versicherungsvertrag abgeschlossen.

## 3. Versicherte Personen

Versichert sind Aushilfen und Taglöhner jeden Alters, sofern sie nicht der obligatorischen Unfallversicherung gemäss Bundesgesetz vom 20.03.1981 (UVG) unterstellt sind. Bestehen Zweifel über die Unterstellung, sind die betreffenden Bestimmungen des UVG und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) massgebend.

Nicht als Aushilfen gelten und somit nicht versichert sind Familienangehörige des Betriebsinhabers, welche auf dem gleichen landwirtschaftlichen Betrieb Leben.

## 4. Unfallbegriff

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper.

Folgende Körperschädigungen sind auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt: Knochenbrüche, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung zurückzuführen sind, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen und Trommelfellverletzungen.

## 5. Heilungskosten

Die SOLIDA übernimmt die nachstehend aufgeführten Kosten in betraglich unbegrenzter Höhe, soweit sie innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfalltag entstehen:

- die ambulante Behandlung durch den Arzt oder den Zahnarzt und die auf Anordnung des Arztes durch medizinische Hilfspersonen vorgenommenen wissenschaftlich anerkannten Heilanwendungen. Mehrkosten, die durch Sonderwünsche des Versicherten entstehen, z.B. besonders aufwendige und teure bzw. rein kosmetische Massnahmen, erforderlichen Hilfsmittel, wie Stützkorsetts und dergleichen, nicht aber Prothesenkosten übernommen.
- die vom Arzt oder vom Zahnarzt verordneten Arzneimittel;
- die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung der zuständigen öffentlichen Heilanstalt. Wird ein Versicherter aus medizinischen Gründen in einer öffentlichen Heilanstalt ausserhalb seines Wohnkantons behandelt, so werden die Kosten der allgemeinen Abteilung dieser Heilanstalt übernommen.
- die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren. Voll übernommen werden die Behandlungskosten. Der Beitrag an die Kosten für Unterkunft und Verpflegung beträgt höchstens CHF 50.– pro Tag.
- die notwendige Reise, Transport- und Rettungskosten bis höchstens CHF 10000.– pro Fall;
- die notwendige Überführung einer Leiche an den Bestattungsort bis höchstens CHF 5000.–.

Die Leistungen entfallen in dem Masse, als sie von einem haftpflichtigen Dritten übernommen werden.

## 6. Unfalltaggeld

Führt der Unfall zu einer Arbeitsunfähigkeit, besteht während der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit für Personen, die das 15. Altersjahr beendet haben, Anspruch auf ein Taggeld von CHF 50.–. Die Taggeldleistung beginnt am 15. Tag nach dem Unfalltag. Sie ist begrenzt auf 720 Tage, die dem Unfalltag folgen. Das Taggeld wird voll oder teilweise, je nach Ausmass der Arbeitsunfähigkeit, bezahlt. Hat der Versicherte im Zeitpunkt des Unfalles das 65. Altersjahr überschritten, wird das halbe Taggeld ausbezahlt. Kinder, welche im Zeitpunkt des Unfalles noch nicht 15 Jahre alt sind, erhalten kein Taggeld.

## 7. Invaliditätskapital

Versichert ist ein Invaliditätskapital von CHF 50 000.– mit Progression. Hat der Unfall eine voraussichtlich bleibende, d.h. lebenslängliche Invalidität zur Folge, wird das Invaliditätskapital, welches sich nach dem Grad der Invalidität und der vereinbarten Versicherungssumme bestimmt. ausbezahlt. Das Kapital wird ausgerichtet, sobald der Invaliditätsgrad definitiv feststellbar ist. Der Invaliditätsgrad wird nach folgenden Grundsätzen bestimmt:

Feste Invaliditätsgrade bei vollständigem Verlust oder vollständiger Gebrauchsunfähigkeit beider Arme oder Hände, beider Beine oder Füsse, eines Armes oder einer Hand und zugleich

| | |
|---|---|
| eines Beines oder Fusses | 100% |
| eines Armes im Oberarm | 70% |
| eines Unterarmes oder einer Hand | 60% |
| eines Daumens | 22% |
| eines Zeigefingers | 15% |
| eines andern Fingers | 8% |
| eines Beines im Oberschenkel | 60% |
| eines Beines im Kniegelenk oder im Unterschenkel | 50% |
| eines Fusses | 40% |
| Sehkraft beider Augen | 100% |
| Sehkraft eines Auges | 30% |
| des Gehörs auf beiden Ohren | 60% |
| des Gehörs auf einem Ohr | 15% |

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

Bei gleichzeitigem Verlust oder gleichzeitiger Gebrauchsunfähigkeit mehrerer Körperteile wird der Invaliditätsgrad in der Regel durch Addition der Prozentsätze ermittelt; er kann aber nie mehr als 100% betragen. Waren Körperteile schon vor dem Unfall ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig, wird bei Feststellung des Invaliditätsgrades de r schon vorhandene. nach obigen Grundsätzen bestimmte Invaliditätsgrad abgezogen. Lässt sich der Invaliditätsgrad nicht nach den vor genannten Fällen bestimmen, wird er aufgrund der bleibenden körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung, unter Berücksichtigung des Ausmasses der Arbeitsunfähigkeit und der persönlichen Verhältnisse des Versicherten, bestimmt. Für psychische und nervöse Störungen wird eine Invaliditätsentschädigung nur gewährt, soweit sie auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind.

Da die progressive Invaliditätsversicherung vereinbart ist. werden die Invaliditätssätze bei Invaliditäten von über 25% wie folgt erhöht:

| von | auf | von | auf | von | auf |
|---|---|---|---|---|---|
| 26% | 28% | 51% | 105% | 76% | 230% |
| 27% | 31% | 52% | 110% | 77% | 235% |
| 28% | 34% | 53% | 115% | 78% | 240% |
| 29% | 37% | 54% | 120% | 79% | 245% |
| 30% | 40% | 55% | 125% | 80% | 250% |
| 31% | 43% | 56% | 130% | 81% | 255% |
| 32% | 46% | 57% | 135% | 82% | 260% |
| 33% | 49% | 58% | 140% | 83% | 265% |
| 34% | 52% | 59% | 145% | 84% | 270% |
| 35% | 55% | 60% | 150% | 85% | 275% |
| 36% | 58% | 61% | 155% | 86% | 280% |
| 37% | 61% | 62% | 160% | 87% | 285% |
| 38% | 64% | 63% | 165% | 88% | 290% |
| 39% | 67% | 64% | 170% | 89% | 295% |
| 40% | 70% | 65% | 175% | 90% | 300% |
| 41% | 73% | 66% | 180% | 91% | 305% |
| 42% | 76% | 67% | 185% | 92% | 310% |
| 43% | 79% | 68% | 190% | 93% | 315% |
| 44% | 82% | 69% | 195% | 94% | 320% |
| 45% | 85% | 70% | 200% | 95% | 325% |
| 46% | 88% | 71% | 205% | 96% | 330% |
| 47% | 91% | 72% | 210% | 97% | 335% |
| 48% | 94% | 73% | 215% | 98% | 340% |
| 49% | 97% | 74% | 220% | 99% | 345% |
| 50% | 100% | 75% | 225% | 100% | 350% |

Hat der Versicherte im Zeitpunkt des Unfalles das 65. Altersjahr überschritten, entfällt die progressive Invaliditätsversicherung, d.h. die Entschädigung erfolgt aufgrund der einfachen versicherten Summe.

## *8. Todesfall*

Das Todesfallkapital beträgt für Personen, die das 15. Altersjahr vollendet haben CHF 25 000.–, für jüngere die Hälfte.

Stirbt eine versicherte Person an den Folgen eines versicherten Unfalles, so zahlt die SOLIDA die Todesfallsumme an die folgenden, nacheinander bezugsberechtigten Personen:

- den Ehegatten,
- die Kinder, Adoptiv- und Stiefkinder zu gleichen Teilen, die Eltern.

Sind keine der vorerwähnten Hinterbliebenen vorhanden, so zahlt die SOLIDA CHF 2000.– als Bestattungskosten. Ein allenfalls bereits ausbezahltes Invaliditätskapital wird auf das Todesfallkapital angerechnet.

### 9. Ausschlüsse

Nicht versichert sind Unfälle infolge kriegerischer Ereignisse in der Schweiz.

### 10. Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz gilt automatisch, so lange der Inhaber des Landwirtschaftsbetriebes und/oder dessen Ehefrau Mitglied der auf dem Deckblatt erwähnten Krankenversicherung ist. Jedem Betrieb werden Allgemeine Bedingungen für die Aushilfeversicherung (AVB) ausgehändigt.

### 11. Finanzierung / Prämienzahlung

Die Prämie beträgt monatlich CHF 1.– für alle im Betrieb tätigen und wohnhaften Personen. welche das 18. Altersjahr vollendet haben.

Die Krankenversicherung erhebt die Prämie zusammen mit dem Krankenkassenbeitrag und leitet diese an die SOLIDA weiter.

### 12. Unfallanzeige

Nach Eintritt eines Unfalls ist der Krankenversicherung eine vollständig ausgefüllte Unfallanzeige einzureichen. Von einem Todesfall ist die Meldung innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall (wenn nötig telefonisch) zu erstatten.

### 13. Unfallbehandlung

Nach dem Unfall ist sobald als möglich ein patentierter Arzt beizuziehen und für sachgemässe Pflege zu sorgen. Ferner hat der Versicherte bzw. der Anspruchsberechtigte alles zu tun, was zur Abklärung des Unfalls und seinen Folgen dienen kann. Der Versicherte hat insbesondere die Ärzte, die ihn behandelt haben, von der Schweigepflicht gegenüber der SOLIDA zu entbinden und die Untersuchung durch die von der SOLIDA beauftragten Ärzte zu gestatten. Im Todesfall haben die anspruchsberechtigten Hinterlassenen die Einwilligung zur Vornahme einer Sektion zu erteilen, sofern für den Tod noch andere Ursachen als der Unfall möglich sind.

### 14. Gerichtsstand

Die SOLIDA anerkennt für Streitigkeiten aus dieser Versicherung den Gerichtsstand des schweizerischen Wohnortes des Versicherten bzw. Anspruchsberechtigten.

### 15. Anwendbares Recht

Im übrigen gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908.

**Glarner Krankenversicherung**
Abläsch 8 · 8762 Schwanden
055 642 25 25 · info@glkv.ch · ***glkv.ch***

glarner