



Gemeinsame Bestimmungen

ÖKK Versicherungen AG, Ausgabe 1.1.2023

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 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 Annulierungskosten-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, Annulierungskosten, Reisegepäck und Reiserechtsschutz während der Dauer, für die die Versicherung abgeschlossen ist.

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

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

1.4. Allgemeine Versicherungsbedingungen

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

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

1.5. Bedingungen für die Rahmenverträge 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:

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

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

2.2. Gewählte Versicherungsabteilungen

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

3. Versicherte Personen

3.1. Einzelversicherung

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

3.2. 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 worden ist, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung.

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

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

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

4.1.3. Unterlagen, Dokumente

Bei Versicherungsabschluss erhält der Versicherungsnehmer:

- die Versicherungspolice und
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Jeweils aktuelle Allgemeine Versicherungsbedingungen sind zu finden unter www.kkwaedenswil.ch/downloads. Ein gedrucktes Exemplar kann bei Ihrer Agentur verlangt werden.).



4.1.4. Widerrufsrecht

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

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

4.2. Beginn der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem auf der Versicherungspolice bestätigten Datum.

4.3. Dauer der Versicherung

4.3.1. Im Allgemeinen

Die 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 Kündigungseingangs beim Versicherer massgebend (und nicht das Datum des Poststempels).

5.1.4. Kollektivvertrag

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

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

5.1.5. Rahmenvertrag

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

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

5.2. Kündigung durch den Versicherer

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

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

- a) Bei der kollektiven Taggeldversicherung
- b) bei einer Anzeigepflichtverletzung bei Antragstellung
- c) bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch



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

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

5.3. Übrige Beendigungsgründe

Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

- a) beim Tod der versicherten Person
- b) bei Wegzug ins Ausland (ausser wenn die Versicherung sistiert wurde)
- c) bei Erreichen der für den Versicherungsschutz gesetzten Altersgrenze
- d) bei endgültiger Erschöpfung der Bezugsrechte für sämtliche Leistungen 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. Begriffsdefinitionen

6.1.1. Krankheit

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

6.1.2. Chronische Krankheit

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



6.1.3. Unfall

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

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

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

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

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

6.1.4. Mutterschaft

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

6.1.5. Geburtsgebrechen

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

6.1.6. Akutspital

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



6.1.7. Akutbehandlungen

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

6.1.8. Psychiatrische Klinik

Eine psychiatrische Klinik, auch 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 verbesserte Zusammenarbeit mit und der Koordination zwischen den Leistungserbringern und dem Versicherer die für die versicherte Person wirksamste, zweckmässigste und wirtschaftlichste Behandlung sicherzustellen. Der Versicherer kann mit der Durchführung dieser Massnahmen einen Gesundheitsberater beauftragen.

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



6.3.3. Behandlungen durch anerkannte medizinische Leistungserbringer

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

6.4. Leistungsbeschränkungen

6.4.1. Vorbestandene Krankheiten und Unfälle

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

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

Die Deckungseinschränkung wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt.

6.4.2. Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht

- a) bei Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss schon bestanden haben und vom Versicherer von der Versicherung ausgeschlossen wurden;
- b) bei Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Antragstellung schon bestanden haben und nicht oder nur unvollständig angegeben wurden;
- c) während einer Karenzfrist;
- d) wenn eine Behandlung nicht zur Behebung einer Gesundheitsstörung oder deren Folgen dient. Vorbehalten bleiben Massnahmen, die den drohenden Eintritt oder die Verschlimmerung einer Gesundheitsstörung verhindern, wenn bereits ein krankhafter Zustand vorliegt;
- e) bei Behandlungen durch einen vom Versicherer nicht anerkannten Leistungserbringer;
- f) bei Zahnbehandlungen, soweit in der abgeschlossenen Versicherungsabteilung die Deckung nicht ausdrücklich geregelt ist;
- g) bei Sistierung der Versicherung;
- h) bei Zahlungsverzug vom Ablauf der Mahnfrist an bis zur vollständigen Bezahlung sämtlicher Verpflichtungen;
- i) bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst;
- j) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage zurückliegt;
- k) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten;
- l) bei Folgen von Erdbeben und anderen Naturkatastrophen;

- m) bei Gesundheitsschädigungen als Folge industrieller Grossschadensereignisse oder bei Schädigungen aus Atomenergie;
- n) bei Organtransplantationen gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Anhang 1 zur Transplantationschirurgie, unabhängig davon, wo die Transplantation durchgeführt wird;
- o) bei gesetzlichen und vereinbarten Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und
- p) bei epidemischen Erkrankungen.

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

6.4.3. Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden

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

7. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

7.1. Meldepflicht

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

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



7.2. Schadenminderung

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

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

7.3. Auskunftspflicht

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

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

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

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

8. Prämien und Zahlungen

8.1. Prämienfestsetzung

8.1.1. Im Allgemeinen

Die Prämien werden in einem Prämientarif pro Versicherungsabteilung festgesetzt.

8.1.2. Prämienhöhe

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

Prämienänderungen infolge Wechsels der Risikogruppe erfolgen automatisch.

Die versicherte Person ist verpflichtet, veränderte persönliche Verhältnisse zu melden, die für die Berechnung der Prämie massgebend sind. Kommt sie dieser Pflicht nicht nach, so ist eine allfällige 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 Leistungspflicht des Versicherers vom Ablauf der Mahnfrist an.

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

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

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



8.4. Überschussbeteiligung

8.4.1. Grundsatz

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

8.4.2. Voraussetzung

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

8.4.3. Auszahlung

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

8.5. Leistungsfreiheits-Rabatt (LFR)

8.5.1. Grundsatz

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

8.5.2. Abteilungen mit Leistungsfreiheits-Rabatt

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

8.5.3. Beobachtungsperiode

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

8.5.4. Rabattstufen

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

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

Die Prämie der KOMBI und SALTO mit Leistungsfreiheits-Rabatt ist auf der 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 zurückgefördert.

8.6.4. Verjährung

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

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

9. Leistungen Dritter

9.1. Subsidiarität

9.1.1. Im Allgemeinen

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

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

9.1.2. Leistungen der öffentlichen Hand

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

9.1.3. Mehrfachversicherung

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

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

9.1.4. Leistungsverzicht

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

9.2. Sozialversicherungen

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

9.3. Vorleistungen und Regress

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



9.4. Überversicherung

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

10. Datenschutz

10.1. Gesetzliche Grundlagen

Die Bearbeitung der Daten von versicherten Personen richtet sich nach den 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 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 Versichertenzetschrift mitgeteilt oder auf der Website des Versicherers veröffentlicht.

12. Formvorschrift

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

13. Gerichtsstand

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