

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. Grundlagen der Versicherung 1.1. Grundsatz 1.2. Versicherungsträger 1.3. Gegenstand der Versicherung 1.4. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) 1.5. Bedingungen für die Kollektivversicherung 1.6. Versicherungsvertragsgesetz 2. Versicherungsabteilungen 2.1. Versicherungsmöglichkeiten 2.2. Änderungen der Versicherungsabteilungen 2.3. 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 die Versicherungsnehmerin oder 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 die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer 5.1.1. Ordentliche Kündigung 5.1.2. Kündigung im Schadenfall 5.1.3. Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages 5.2. Kündigungsverzicht durch den Versicherer 5.3. Übrige Beendigungsgründe 6. Leistungen 6.1. Begriffsdefinitionen 6.1.1. Krankheit 6.1.2. Unfall 6.1.3. Mutterschaft 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 Medizinalpersonen | <ul style="list-style-type: none"> 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. Familienrabatt 8.2. Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung 8.3. Prämienzahlung 8.3.1. Fälligkeit 8.3.2. Zahlungsverzug 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. Prämienstufen 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. Gerichtsstand 1 |
|---|---|

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Grundsatz

In Ergänzung zur Krankenversicherung nach KVG werden gemäss diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Zusatzversicherungen angeboten.

1.2. Versicherungsträger

Versicherungsträger sind die ÖKK-Versicherungen AG, Landquart (nachfolgend Versicherer genannt), für folgende Versicherungszweige: Spitalzusatzversicherungen Kombi halbprivat, privat, Global, Flex und Komfort, Dental, Compensa und Tourist.

Versicherungsträgerin ist die Krankenkasse Elm für folgende Versicherungszweige: Spitalzusatzversicherung Kombi 1 allgemein, Zusatz ALLGEMEIN und Zusatz PLUS.

1.3. Gegenstand der Versicherung

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

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

1.4. Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

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

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

1.5. Bedingungen für die Kollektivversicherung

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

Die Bestimmungen im Kollektivvertrag gehen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor.

1.6. Versicherungsvertragsgesetz

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

2. Versicherungsabteilungen

2.1. Versicherungsmöglichkeiten

Die Versicherungsabteilungen nach diesen AVB sind:

- Zusatz ALLGEMEIN und Zusatz PLUS
- Kombi: allgemein, halbprivat, privat, Global, Flex, Komfort
- Dental
- Tourist
- Compensa

2.2. Änderungen der Versicherungsabteilungen

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

2.3. Gewählte Versicherungsabteilungen

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

3. Versicherte Personen

3.1. Einzelversicherung

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

3.2. Kollektivversicherung

Im Kollektivvertrag wird der Kreis der versicherten bzw. versicherbaren Personen festgelegt. Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen oder Personengruppen.

4. Beginn und Dauer der Versicherung

4.1. Verfahren bei Versicherungsabschluss

4.1.1. Antrag

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

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

4.1.2. Auskunftspflicht

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

Bei Vertragsauflösung erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrentatsache 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 seine Kosten eine ärztliche Untersuchung verlangen.

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

4.1.3. Unterlagen, Dokumente

Bei Versicherungsabschluss erhält die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer:

- die Versicherungspolice
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen

4.1.4. Widerrufsrecht

Der Antrag auf Versicherungsabschluss kann innerhalb von 14 Tagen seit der Unterzeichnung zurückgezogen

werden. Mit Abgabe der Widerrufserklärung fallen sämtliche Verpflichtungen des Versicherers dahin. Stimmt der Inhalt der Versicherungspolice oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer innert vier Wochen nach Empfang der Urkunde deren Berichtigung zu verlangen, andernfalls ihr Inhalt als von ihr oder ihm genehmigt gilt.

4.2. Beginn der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem auf der Versicherungspolice bestätigten Datum.

4.3. Dauer der Versicherung

4.3.1. Im Allgemeinen

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

4.3.2. Längere Versicherungsdauer

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

4.3.3. Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses

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

4.3.4. Verlängerung der Versicherung

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

4.4. Änderung der Versicherung

4.4.1. Änderung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer

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

Bei Herabsetzung der Versicherungsdeckung gelten die Bestimmungen über die Kündigung.

4.4.2. Änderung durch den Versicherer

Treten nach Versicherungsabschluss in den Rahmenbedingungen für die Versicherung der finanziellen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall weitreichende Veränderungen ein, wie z.B. die Erhöhung der Anzahl von Medizinalpersonen oder neue Kategorien von Medizinalpersonen, Ausbau des medizinischen Leistungsangebots, Einführung neuer kostenintensiver Therapieformen oder Medikamente und ähnliche Entwicklungen, oder Änderungen in der Gesetzgebung über die Sozialversicherung, so ist der Versicherer berechtigt, die Versicherungsbestimmungen anzupassen. Diese neuen Vertragsbedingungen werden der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Sie haben das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung auf das Datum der Vertragsänderung hin von den betroffenen Versicherungsabteilungen zurückzutreten. Erfolgt keine Kündigung seitens der Versicherungsnehmerin oder des Versicherungsnehmers, gilt dies als Zustimmung zu den neuen Vertragsbedingungen.

4.5. Sistierung der Versicherung

4.5.1. Voraussetzung

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

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

4.5.2. Dauer und Umfang der Sistierung

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

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

Bei Auslandsaufenthalt ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

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

5. Beendigung der Versicherung

5.1. Kündigung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer

5.1.1. Ordentliche Kündigung

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

5.1.2. Kündigung im Schadenfall

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

5.1.3. Übertrittsrecht bei Kündigung des Kollektivvertrages

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

Das Übertrittsrecht muss innert 30 Tagen seit Beendigung des Kollektivvertrages geltend gemacht werden. Kein Übertrittsrecht besteht, wenn die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer einen neuen Kollektivvertrag für diesen Personenkreis bei einem anderen Versicherer abgeschlossen hat.

5.2. Kündungsverzicht durch den Versicherer

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

Vertrag wegen versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch.

5.3. Übrige Beendigungsgründe

Die Versicherung erlischt zudem in folgenden Fällen:

- a) bei Tod der versicherten Person
- b) bei Wegzug ins Ausland (ausser bei Grenzgängerinnen und Grenzgängern)
- 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 bei Sistierung nicht verlängert wird
- f) in den gesetzlich vorgesehenen Fällen, insbesondere bei ausstehender Prämie, bei Täuschung oder bei wesentlicher Gefahrenerhöhung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person.

6. Leistungen

6.1. Begriffsdefinitionen

6.1.1. Krankheit

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

6.1.2. Unfall

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

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

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

Keine Körperschädigung im Sinne des obigen Absatzes stellen nicht unfallbedingte Schäden an Sachen dar, welche infolge einer Krankheit eingesetzt wurden und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen. Ebenfalls als Unfälle gelten Berufskrankheiten, die gemäss UVG als Unfälle anerkannt sind.

6.1.3. Mutterschaft

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

6.2. Leistungsbereich

6.2.1. Örtlicher Leistungsbereich

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

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

6.2.2. Zeitlicher Leistungsbereich

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

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

6.3. Versicherte Leistungen

6.3.1. Leistungsumfang

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

6.3.2. Wirtschaftlichkeit der Behandlung

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

Der Versicherer kann zum Zwecke der optimalen Betreuung ihrer 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 sicher zu stellen. Der Versicherer kann mit der Durchführung dieser Massnahmen eine Gesundheitsberaterin oder einen Gesundheitsberater beauftragen.

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

6.3.3. Behandlungen durch anerkannte Medizinalpersonen

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

6.4. Leistungsbeschränkungen

6.4.1. 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.

Die Deckungseinschränkung wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt.

Der Versicherer kann Krankheiten und Folgen von Unfällen, die bei Versicherungsabschluss bestehen

oder bestanden haben, von der Versicherungsdeckung ausnehmen.

6.4.2. Leistungsausschluss

Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht:

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss schon bestanden haben und vom Versicherer von der Versicherung ausgeschlossen wurden
- b) für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Antragstellung schon bestanden haben und nicht oder nur unvollständig angegeben wurden
- c) während einer Karenzzeit
- d) wenn eine Behandlung nicht zur Behebung einer Gesundheitsstörung oder 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, für welche der Schweiz. Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK), Solothurn, Fallpauschalen vereinbart hat, unabhängig davon, wo die Transplantation durchgeführt wird
- o) für gesetzliche und vereinbarte Kostenbeteiligungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
- p) für epidemische Erkrankungen.

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

6.4.3. Leistungseinschränkungen

Leistungen können gekürzt werden:

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

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

7. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

7.1. Meldepflicht

Die versicherten Personen haben ihre Leistungsansprüche fristgerecht gemäss den Bestimmungen für die einzelnen Versicherungsabteilungen 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 der Gesundheitsberaterin bzw. des Gesundheitsberaters und erteilt ihr bzw. ihm die notwendigen Auskünfte.

7.3. Auskunftspflicht

Die versicherte Person entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die weiteren Medizinalpersonen sowie Versicherer gegenüber dem Versicherer von der Schweigepflicht. Der Versicherer kann nötigenfalls Auskünfte einholen. Auf Verlangen hat sich die versicherte Person durch eine zweite Ärztin oder einen zweiten Arzt oder durch die Vertrauensärztin bzw. den Vertrauensarzt 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 haben die Versicherungsnehmerinnen bzw. Versicherungsnehmer die Beachtung der Auskunftspflicht durchzusetzen.

8. Prämien und Zahlungen

8.1. Prämienfestsetzung

8.1.1. Im Allgemeinen

Die Prämien werden in einem Prämientarif pro Versicherungsabteilung festgesetzt.

8.1.2. Prämienhöhe

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

Prämienänderungen infolge Wechsels der Risikogruppe erfolgen automatisch.

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

Für sistierte Versicherungen wird eine reduzierte Prämie erhoben.

8.1.3. Familienrabatt

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

Voraussetzung für die Gewährung eines Rabattes an Kinder ist

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

8.2. Anpassung der Prämientarife und der Kostenbeteiligung

Die Prämientarife und die Kostenbeteiligung können der Kostenentwicklung und dem Schadenverlauf angepasst werden. Die Prämienanpassungen werden der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer 30 Tage im Voraus mitgeteilt. Sie haben das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung durch den Versicherer auf das Datum der Wirksamkeit der Prämienanpassung von der entsprechenden Versicherungsabteilung zurückzutreten.

Erfolgt keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Prämienanpassung.

8.3. Prämienzahlung

8.3.1. Fälligkeit

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

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

8.3.2. Zahlungsverzug

Wird die Prämienzahlungspflicht oder die Pflicht zur Bezahlung der Kostenbeteiligung durch die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer auch innert Nachfrist von 30 Tagen nicht erfüllt, so erfolgt

eine schriftliche Mahnung, die ausstehenden Prämien oder Kostenbeteiligungen innert einer Frist von 14 Tagen zu bezahlen. Die Mahnung macht die Versicherungsnehmerin oder den Versicherungsnehmer auf die Folgen der Nichterfüllung der Zahlungspflicht aufmerksam.

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

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

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

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

8.4. Überschussbeteiligung

8.4.1. Grundsatz

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

8.4.2. Voraussetzung

Voraussetzung einer allfälligen Überschussbeteiligung ist, dass die versicherte Person während mindestens eines Kalenderjahres keinerlei Leistungen beim Versicherer 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 wird eine Variante mit Leistungsfreiheits-Rabatt geführt.

8.5.3. Beobachtungsperiode

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

8.5.4. Prämienstufen

In der Kombi mit Leistungsfreiheits-Rabatt werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Prämienstufe	Prämie
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 aufeinander folgenden 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 der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer verrechnen.

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

8.6.2. Verpfändung und Abtretung

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

8.6.3. Leistungsauszahlung

Sofern zwischen dem Versicherer und Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, schuldet die versicherte Person das Honorar den Leistungserbringern. Bestehen zwischen dem Versicherer und Leistungserbringern anders lautende 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 des Versicherers 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 in zwei Jahren nach

Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht des Versicherers begründet.

9. Leistungen Dritter

9.1. Subsidiarität

9.1.1. Im Allgemeinen

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

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

9.1.2. Leistungen der öffentlichen Hand

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

9.1.3. Mehrfachversicherung

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

9.1.4. Leistungsverzicht

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

9.2. Sozialversicherungen

Es werden keine Leistungen übernommen, die 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

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

10. Datenschutz

10.1. Gesetzliche Grundlagen

Die Bearbeitung der Daten von versicherten Personen richtet sich nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 und des Bundesgesetzes über den Datenschutz vom 19. Juni 1992.

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 Wohnsitz im Ausland ist eine Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.

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

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

12. Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus Versicherungen gemäss diesen AVB und allfälliger besonderer Bestimmungen steht der klagenden Person wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnort oder am Geschäftssitz des Versicherers (Krankenkasse Elm, Elm oder ÖKK-Versicherungen, Landquart) offen.