

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB) ÖKK TOURIST SUBITO AUSGABE 2016.

1. Grundlagen

1.1. Versicherungsträger

Versicherungsträger ist ÖKK Versicherungen AG, Landquart (nachfolgend Versicherer). Vermittlerin ist die auf dem Einzahlungsschein (Versicherungspolice) aufgeführte Krankenversicherung oder Gesellschaft (nachfolgend Kasse).

1.2. Gegenstand der Versicherung

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

1.3. Versicherungsvertragsgesetz

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

2. Abschluss, Beginn und Dauer

2.1. Versicherte Personen

2.1.1. Personenkreis

Der Versicherungsabschluss steht allen Personen ohne Altersbeschränkung offen, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) in der Schweiz oder die entsprechende Versicherung im Fürstentum Liechtenstein verfügen.

2.1.2. Einzelpersonen

Versichert ist die auf dem Einzahlungsschein aufgeführte Person.

2.1.3. Familien

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

2.2. Abschluss der Versicherung

Der Versicherungsabschluss erfolgt durch vollständiges und korrektes Ausfüllen des Einzahlungsscheins und durch die vollständige Bezahlung der Prämie für den gewünschten Versicherungsschutz mittels Post- oder Banküberweisung. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, kommt der Vertrag nicht zustande. Der Einzahlungsschein bildet die Police. Der Empfangsschein muss durch die Versicherten aufbewahrt werden.

2.3. Beginn der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem auf dem Einzahlungsschein gewünschten Datum, frühestens mit dem Zeitpunkt des Poststempels bzw. des Datums der Bankgutschrift an die Kasse. Fehlt die Angabe des Versicherungsbeginns auf dem Einzahlungsschein, gilt das Datum des Poststempels bzw. das Datum der Bankgutschrift als Versicherungsbeginn.

2.4. Dauer der Versicherung

Die Versicherung kann für die im Tarif angegebene Dauer abgeschlossen werden, im Maximum für 365 Tage. Die Dauer der Versicherung sowie der gewünschte Umfang sind auf dem Einzahlungsschein zu bezeichnen und haben dem einbezahlten Betrag zu entsprechen. Entspricht die bezahlte Prämie nicht dem beantragten Versicherungsumfang, wird im Leistungsfall die Versicherungsdauer im Verhältnis der Sollprämie zum effektiv einbezahlten Betrag gekürzt. Beginn der Versicherung bleibt das vom Versicherungsnehmer auf dem Einzahlungsschein bestimmte Datum.

3. Leistungen

3.1. Leistungsbereich

3.1.1. Örtlicher Leistungsbereich

Die Versicherung gilt für notfallmässige Behandlungen ausserhalb des Wohnkantons in der Schweiz und weltweit im Ausland. Das Fürstentum Liechtenstein ist einem Wohnkanton gleichgestellt.

3.1.2. Zeitlicher Leistungsbereich

Die Leistungen werden nur so lange erbracht, als ein Heimtransport medizinisch nicht zumutbar ist. Die Leistungspflicht für während der Versicherungsdauer aufgetretene Krankheiten und Unfälle erlischt in jedem Fall spätestens 91 Tage nach Ablauf der Versicherung.

3.2. Leistungsvoraussetzung

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

3.3. Heilungskosten

Die Versicherung übernimmt im Nachgang zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG, zur Unfallversicherung nach UVG und allfälliger Zusatzversicherungen Leistungen an die Heilungskosten bei notfallmässiger ambulanter und stationärer Behandlung. Verwiesen wird auf Ziffer 6.2. zur Mehrfachversicherung. Gedeckt sind Krankheit, Unfall und frühzeitige Geburt zu den ortsüblichen bzw. vertraglich vereinbarten Tarifen. Als frühzeitig gilt die Geburt, wenn sie unvorhergesehen und mehr als sechs Wochen vor dem ärztlich bescheinigten Geburtstermin eintritt. Die für die Schweiz geltende gesetzliche Kostenbeteiligung ist nicht versichert.

3.4. Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungskosten

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

a) medizinisch notwendige Rettungssaktionen und Nottransporte in einem zweckdienlichen Transportmittel bis zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort

b) Suchaktionen, die im Hinblick auf eine Rettung oder Bergung der versicherten Person unternommen werden, sowie Bergungsaktionen bis insgesamt CHF 20'000.– pro versicherte Person

c) bei medizinischer Notwendigkeit den Rücktransport der versicherten erkrankten oder verunfallten Person in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung

d) den Rücktransport der verstorbenen Person an deren Wohnort

3.5. Besuchsreise und Reisemehrkosten

3.5.1. Besuchsreise

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

3.5.2. Extra-Rückreise

Wenn eine versicherte Person bei medizinischer Notwendigkeit aus dem Ausland in ein geeignetes Spital im Wohnkanton zur stationären Behandlung zurücktransportiert werden muss, organisiert die ÖKK Notrufzentrale die Extra-Rückreise von versicherten mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten. Wenn eine versicherte Person erkrankt oder verunfallt und aufgrund eines Spitalaufenthalts die geplante Heimreise nicht antreten kann, organisiert die ÖKK Notrufzentrale die Extra-Rückreise der versicherten Person, von versicherten mitreisenden Familienangehörigen oder einer nahestehenden Person. Gedeckt sind die entstandenen Mehrkosten.

3.6. Deckungsummen

Es können folgende Varianten abgeschlossen werden:

3.6.1. ÖKK TOURIST SUBITO 50/100

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

3.6.2. ÖKK TOURIST SUBITO 250/500

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

3.7. Service-Dienstleistungen

3.7.1. Kostenvorschuss an ein Spital

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

3.7.2. Benachrichtigung von Personen zu Hause

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

3.7.3. Vermittlung von Spitälern und Arztkontakten im Ausland

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

3.7.4. Medizinische Beratung durch Ärzte

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

3.8. Leistungsbeschränkungen

3.8.1. 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) für Krankheiten und Unfallfolgen, welche bei einer für die versicherte Person bestehenden Kranken- oder Unfallversicherung von der Deckung ausgeschlossen worden sind

d) wenn die ÖKK Notrufzentrale zu Suchaktion, Bergung, Rücktransport, Besuchs- oder Extra-Rückreise nicht vorgängig ihre Zustimmung erteilt hat

e) bei Beteiligung an kriegerischen Handlungen, Unruhen und Ähnlichem sowie bei ausländischem Militärdienst

f) bei Krankheiten und Unfällen als Folge von kriegerischen Ereignissen, deren Ausbruch bereits länger als 14 Tage zurückliegt

g) bei Krankheiten und Unfällen als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien und anderen Gewalttätigkeiten

h) bei grobfahrlässigem Herbeiführen der Krankheit oder des Unfalls, insbesondere infolge Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten oder anderer Drogen

i) bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, d.h., wenn sich die versicherte Person einer Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass reduzieren. Ausgenommen sind Rettungshandlungen zugunsten von Personen. Als Wagnis im Sinne dieser Bestimmung gilt insbesondere die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen oder an einem Training dazu

k) wenn die Gesundheitsschädigung absichtlich herbeigeführt wurde, auch als Folge von Selbsttötung, Selbsttötungsversuch oder Selbstverletzungen. Wird der Nottransport oder die Heimtschaffung durch Streik, Wirren, industrielle Grossschadensereignisse, Radioaktivität, Naturkatastrophen, epidemische Krankheiten, höhere Gewalt oder andere ähnliche Ursachen verunmöglicht, kann deren Organisation und Durchführung nicht verlangt werden.

den.

3.8.2. Leistungseinschränkung

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

3.9. Verjährung

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

4. Kostenbeteiligung

Auf Leistungen aus ÖKK TOURIST SUBITO wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

5. Pflichten im Schadenfall

5.1. Benachrichtigung der ÖKK Notrufzentrale

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

5.2. Entbindung von der Schweigepflicht

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

5.3. Geltendmachung des Anspruchs

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

5.4. Anrechnung von Bahn- oder Flugbilletts

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

6. Leistungen Dritter

6.1. Im Allgemeinen

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

6.2. 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.

6.3. Leistungsverzicht

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

6.4. 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, werden durch den Versicherer Leistungen erbracht, wie wenn diese Deckung bestanden hätte.

6.5. Vorleistungen und Regress

Im Verhältnis zu anderen Dritten an 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.

6.6. 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.

6.7. 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.

7. Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten aus dieser Versicherung steht der klagenden Person wahlweise die Anrufung des Gerichts am schweizerischen Wohnort, am Geschäftssitz des Versicherers oder an dem der Kasse offen.

Für Personen mit Wohnsitz im Fürstentum Liechtenstein ist der Gerichtsstand ausschliesslich der Geschäftssitz des Versicherers.