

Krankenkasse Steffisburg
Unterdorfstrasse 37
Postfach 138
3612 Steffisburg
Telefon 033 439 40 20
Telefax 033 439 40 29
E-Mail info@kkst.ch

 **Krankenkasse Steffisburg**
kkst.ch *regional & individuell.*

ALLGEMEINE VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN (AVB)

Ausgabe 01.01.2022

COMPENSA

INHALTSVERZEICHNIS

1. <i>Versicherungsgrundlagen</i>	3
2. <i>Örtliche Geltung</i>	3
3. <i>Versicherungsabschluss</i>	3
4. <i>Kündigung</i>	3
5. <i>Versicherungsmöglichkeiten</i>	4
6. <i>Versicherungsumfang</i>	4
7. <i>Versicherungsleistungen</i>	5
8. <i>Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall</i>	6
9. <i>Prämien und Zahlungen</i>	7
10. <i>Leistungen Dritter</i>	7

Anmerkung:

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Schreibweise verzichtet.

1. Versicherungsgrundlagen

1.1 Versicherungsträger

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

1.2 Gemeinsame Bestimmungen

Es gelten die in der Versicherungspolice festgehaltenen Gemeinsamen Bestimmungen (GB) der Produktlinie ÖKK UNO oder ÖKK LIVE. Diese sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts. Soweit die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts von den GB abweichen, gehen die Bestimmungen dieses Versicherungsprodukts den GB vor.

1.3 Zweck

Die ÖKK COMPENSA (Erwerbsausfall-Versicherung für Einzelpersonen nach VVG) wird gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag durchgeführt.

Sie dient der Deckung des Erwerbsausfalls, der durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfall oder Geburt entstanden ist.

ÖKK COMPENSA wird auch Nicht-Erwerbstätigen angeboten.

2. Örtliche Geltung

2.1 Allgemeines

Die Versicherungsdeckung gilt weltweit.

2.2 Arbeitsunfähigkeit im Ausland

Bei privaten Ferienreisen ins Ausland werden die versicherten Taggeldleistungen nur bei Spitalaufenthalt ausgerichtet. Diese Regelung gilt auch für Grenzgänger ausserhalb der Schweiz sowie ausserhalb ihres Wohnortes. Vorbehalten bleibt ein Aufenthalt aus beruflichen Gründen.

2.3 Auslandsaufenthalt bei Arbeitsunfähigkeit

Begibt sich eine arbeitsunfähige versicherte Person, die Anspruch auf Leistungen hat, ohne Zustimmung des Versicherers ins Ausland, besteht während der Zeit des Auslandsaufenthaltes kein Anspruch auf Leistungen. Diese Einschränkung gilt nicht für Grenzgänger bei Aufenthalt in der Schweiz.

3. Versicherungsabschluss

3.1 Aufnahmebedingungen

Selbstständig Erwerbende, Angestellte und Nicht-Erwerbstätige (Hausfrauen und Hausmänner, Personen in Ausbildung und im Familienbetrieb mitarbeitende Angehörige ohne

Barlohn) können in ÖKK COMPENSA aufgenommen werden, sofern sie

- mindestens das 15. Altersjahr zurückgelegt und das 60. Altersjahr noch nicht vollendet haben,
- bei Antragstellung voll arbeitsfähig sind und
- ihren Wohnsitz in der Schweiz haben.

3.2 Ärztliches Zeugnis

Der Versicherer kann ein ärztliches Zeugnis oder eine vertrauensärztliche Untersuchung verlangen. Er kann den Arzt bestimmen und trägt die Kosten.

3.3 Übertritt aus der Kollektivversicherung

Für den Übertritt aus der Kollektiv- in die Einzelversicherung gelten die AVB der ÖKK ERWERBSAUSFALLVERSICHERUNG (VVG) für Unternehmen.

Grenzgänger können von der Kollektivtaggeldversicherung in diese Einzelversicherung übertreten, wenn sie unmittelbar nach Ausscheiden aus der Kollektivtaggeldversicherung in der Schweiz weiter arbeiten und in keine andere Kollektivtaggeldversicherung übertreten können oder als arbeitslose Personen im Sinne des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung (AVIG) gelten und Taggelder aus der Arbeitslosenversicherung beanspruchen können.

3.4 AHV-Rentenalter

Versicherte Personen, die bei Erreichen des AHV-Rentenalters weiterhin erwerbstätig sind, können eine Weiterversicherung beantragen. Diese dauert längstens bis zum vollendeten 70. Altersjahr.

4. Kündigung

4.1 Ausserordentliche Kündigung

Ist die versicherte Person durch eine neue arbeitsrechtliche Situation beim neuen Arbeitgeber gleichwertig gegen Erwerbsausfall versichert, kann die Kündigung in Abweichung von der ordentlichen Kündigung mit Genehmigung des Versicherers unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf Monatsende erfolgen.

4.2 Übrige Beendigungsgründe

Neben den in den GB, die laut Police anwendbar sind, erwähnten Beendigungsgründen erlischt die Versicherung in folgenden Fällen:

- a) bei Aufgabe der Geschäftstätigkeit der selbstständig erwerbenden versicherten Person
- b) bei Verlegung des Geschäftssitzes ins Ausland, ausgenommen die Verlegung ins grenznahe Ausland
- c) bei Pensionierung – es kann jedoch eine Weiterversicherung bis zum vollendeten 70. Altersjahr beantragt werden
- d) bei Wegzug ins Ausland, ausgenommen bei Wohnsitznahme im grenznahen Ausland

Der Versicherer kann innert vier Wochen vom Vertrag zurücktreten

- e) wenn sich die versicherte Person Verfügungen des Versicherers oder Anordnungen des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt
- f) bei einer Anzeigepflichtverletzung bei Antragstellung sowie bei versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch

5. Versicherungsmöglichkeiten

Folgende Versicherungsvarianten können gewählt werden:

- Taggeld bei Krankheit
- Taggeld bei Unfall
- Taggeld bei Krankheit und Unfall

Diese Versicherungsvarianten können mit unterschiedlicher Leistungsdauer abgeschlossen werden.

6. Versicherungsumfang

6.1 Höhe des versicherten Taggeldes

Die Höhe des Taggeldes wird zwischen der versicherten Person und dem Versicherer vereinbart.

6.2 Bemessungsgrundlage der Taggelder

Das Taggeld errechnet sich als der 365. Teil des versicherten Erwerbsausfalls eines Jahres. Die ermittelten Taggelder werden für jeden Kalendertag ausgerichtet.

6.3 Maximaldeckung

6.3.1 Versicherbares Taggeld

Das versicherbare Taggeld ist auf CHF 200'000 pro Jahr begrenzt. Für Personen, die aus einer Kollektivversicherung des Versicherers übertreten, ist es auf CHF 250'000 pro Jahr begrenzt.

6.3.2 Selbstständig Erwerbende

Versicherte Personen, deren Einkommen aus einer selbstständigen Erwerbstätigkeit stammt, können neben ihrem AHV-pflichtigen Einkommen gemäss letzter Beitragsverfügung zusätzlich die nachweisbaren Gewinnungskosten versichern. Dies sind Kosten, die die versicherte Person direkt betreffen, mit dem Erwerb in direktem Zusammenhang stehen und die während der Arbeitsunfähigkeit weiter bestehen, insbesondere Fixkosten für Geschäftsmiete, Auto, Versicherungen, Abschreibungen von Maschinen u. ä.

6.3.3 Angestellte

Versicherte Personen, deren Einkommen aus einem unselbstständigen Arbeitsverhältnis stammt, können sich bis zur Höhe des AHV-pflichtigen Bruttolohnes versichern.

6.3.4 Nicht-Erwerbstätige

Hausfrauen und Hausmänner, Personen in Ausbildung und im Familienbetrieb mitarbeitende Angehörige ohne Barlohn können sich bis zur Höhe der einfachen AHV-Maximalrente versichern.

6.3.5 Arbeitslose Personen

Die Maximaldeckung für arbeitslose Personen entspricht der Höhe der entgangenen Arbeitslosenentschädigung.

6.4 Unfalldeckung

Die Unfalldeckung kann miteingeschlossen bzw. allein versichert werden.

6.5 Geburt

Im Krankentaggeld ist die Deckung des Erwerbsausfalls infolge Geburt miteingeschlossen.

6.6 Leistungsbeginn und Wartefristen

Der Versicherer bietet Taggeld-Versicherungen mit unterschiedlichem Leistungsbeginn an.

Der Anspruch auf Leistungen beginnt nach Ablauf der Wartefrist. Die Wartefrist beginnt am Tag, an dem nach ärztlicher Bescheinigung die Arbeitsunfähigkeit einsetzt, frühestens jedoch 3 Tage vor der ersten ärztlichen Behandlung. Wartefristen bis und mit 21 Tage werden für jeden Krankheitsfall oder Unfall neu berechnet. Längere Wartefristen gelten nur einmal pro Kalenderjahr.

Als Wartetage gelten Tage, an denen eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % besteht.

Der Versicherer bezahlt das Taggeld gemäss dem gewählten Leistungsbeginn nach Eintritt der Bezugsberechtigung für jene Tage, an denen eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

Bei Eintritt ins AHV-Rentalter wird eine vereinbarte Wartefrist von 60 Tagen und mehr in eine Wartefrist von 30 Tagen umgewandelt.

6.7 Anpassung der Versicherung

6.7.1 Anpassung an die Teuerung

Die versicherte Person kann die Anpassung ihrer Versicherung an die jährliche Teuerung gemäss Landesindex der Konsumentenpreise verlangen. Der Versicherer gewährt diese Anpassung ohne Risikoprüfung, sofern in den letzten 2 Jahren keine Arbeitsunfähigkeit und kein Bezug von Taggeldern besteht. Die Anpassung ist für die letzten zwei abgeschlossenen Kalenderjahre möglich.

Im Weiteren kann die versicherte Person jederzeit die Anpassung ihrer Versicherung an die reale Lohnentwicklung zu den Bedingungen der Höherversicherung beantragen.

6.7.2 Arbeitslose Personen

Arbeitslose Personen können ihre Versicherung gegen eine entsprechende Prämienanpassung unabhängig von ihrem Gesundheitszustand in eine solche mit einer

Wartefrist von 30 Tagen umwandeln. Der Betrag des versicherten Taggeldes wird auf Beginn der Arbeitslosigkeit auf die Höhe der Arbeitslosenentschädigung herabgesetzt.

7. Versicherungsleistungen

7.1 Leistungsvoraussetzung

7.1.1 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Unfall oder Geburt ganz oder teilweise ausserstande ist, ihre bisherige oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % besteht.

7.1.2 Ärztliches Zeugnis

Taggeldleistungen setzen eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person voraus. Die Bescheinigung muss von einem durch den Versicherer anerkannten Arzt oder Chiropraktor (gemäss Ziffer 6.1.9 der GB ÖKK LIVE bzw. Ziffer 6.1.11 der GB ÖKK UNO) ausgestellt sein.

Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheits- oder Unfallmeldungen sind maximal bis zu drei Tage möglich.

7.2 Leistungsumfang

7.2.1 Im Allgemeinen

Die Leistungen bemessen sich nach dem vereinbarten Versicherungsumfang und den vorliegenden Versicherungsbedingungen.

7.2.2 Selbstständig Erwerbende und Nicht-Erwerbstätige

Bei selbstständig Erwerbenden und Nicht-Erwerbstätigen erbringt der Versicherer die vereinbarte Taggeldsumme.

7.2.3 Angestellte

Bei Angestellten dürfen die gesamthaft erbrachten Taggeldleistungen den entgangenen Verdienst der versicherten Person nicht übersteigen.

7.2.4 Teilweise Arbeitsunfähigkeit

Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % wird das Taggeld entsprechend gekürzt.

Arbeitslosen Personen wird bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25 % und höchstens 50 % das halbe Taggeld, bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % das volle Taggeld ausgerichtet.

7.2.5 Unfall

Ist das Unfallrisiko versichert, werden die Leistungen bei Unfall im gleichen Umfang wie bei Krankheit ausgerichtet.

7.2.6 Geburt

Taggelder bei Geburt werden erbracht, sofern vor der Geburt beim Versicherer oder einem anderen Versicherer eine gleichwertige Deckung von mindestens 270 Tagen ohne Unterbruch (Karenzfrist bei Mutterschaft) bestanden hat.

Versicherte Personen, die ihre Erwerbstätigkeit früher als 8 Wochen vor der Geburt aufgeben oder keine Mutterschaftsentschädigung nach dem Erwerbsersetzungsgesetz (EOG) erhalten, gelten als nicht erwerbstätig.

Bei Geburt leistet ÖKK COMPENSA in Ergänzung zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG bis zum effektiven Einkommen, höchstens jedoch die vereinbarte Taggeldsumme.

7.3 Leistungsdauer

7.3.1 Grundsatz

Für Krankheit und Unfall zusammen wird das versicherte Taggeld während maximal 730 resp. 365 Tagen ausbezahlt. Die Leistungsdauer ist in der Versicherungspolice aufgeführt und bemisst sich je Versicherungsfall.

Krankheit oder Unfallfolgen gelten als neuer Versicherungsfall, wenn die versicherte Person seit dem Ende des letzten Leistungsbezugs während 12 Monaten ununterbrochen arbeitsfähig war.

Die vereinbarte Wartefrist wird an die maximale Leistungsdauer angerechnet. Tage teilweiser Arbeitsunfähigkeit zählen für die Bemessung der Leistungsdauer als ganze Tage.

7.3.2 Geburt

Der Leistungsanspruch beginnt am Tag der Geburt.

Für ein Taggeld, das vor der Geburt während mindestens 3 vollen Versicherungsjahren in gleicher Höhe versichert war, erstreckt sich die maximale Leistungsdauer auf 16 Wochen, d. h. zusätzlich zur Mutterschaftsentschädigung nach EOG 2 Wochen in Höhe des versicherten Taggeldes bei Geburt. Bei kürzerer Versicherungsdauer beträgt die Leistungsdauer 8 Wochen.

Bei Geburt gilt die gleiche Wartefrist wie bei Krankheit. Die Wartefrist wird unabhängig von Krankheit und Unfall an die Leistungsdauer bei Geburt angerechnet. Wurde die Wartefrist infolge Schwangerschaftskomplikationen an die Leistungsdauer angerechnet, wird beim Geburtengeld auf eine erneute Anrechnung der Wartefrist verzichtet.

Die Taggelder bei Geburt werden an die maximale Leistungsdauer eines Versicherungsfalles angerechnet.

7.3.3 AHV-Rentenalter

Bei Weiterversicherung im AHV-Rentenalter besteht ein Anspruch auf das versicherte Taggeld für 90 Tage, für Personen, die aus einer Kollektivversicherung des Versicherers übertreten, 180 Tage, längstens jedoch bis zum vollendeten 70. Lebensjahr.

7.3.4 Arbeitslose Personen

Arbeitslose Personen erhalten das versicherte Taggeld längstens bis zur Beendigung der maximalen Bezugsdauer gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzschiädigung.

7.3.5 Übertritt aus der Kollektivversicherung

Für versicherte Personen, die aus dem Versichererkreis der Kollektivversicherung ausgeschieden sind und nach Skaladeckung gemäss Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Erwerbsausfall-Versicherung für Unternehmungen (VVG) versichert waren, beträgt die maximale Leistungsdauer 365 Tage.

7.4 Leistungsbeschränkungen

7.4.1 Leistungsausschluss

Neben den in den GB, die laut Police anwendbar sind, erwähnten Leistungsausschlüssen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen

- a) für Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten, die von einem anderen Versicherer zu decken sind,
- b) bei Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit, die durch einen vom Versicherer nicht anerkannten Arzt oder Chiropraktor ausgestellt wurde,
- c) wenn die versicherte Person vorsätzlich unrechtmässig Leistungen bezieht oder zu beziehen versucht,
- d) wenn der Grad der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person weniger als 25% beträgt,
- e) für Angestellte während der Dauer eines unbezahlten Urlaubes und
- f) nach Beendigung des Versicherungsvertrages, wobei periodische Leistungsverpflichtungen im Sinne von Art. 35c VVG vorbehalten sind.

7.4.2 Leistungseinschränkungen

Neben den in den GB, die laut Police anwendbar sind, erwähnten Leistungseinschränkungen können Leistungen gekürzt werden

- a) wenn die Krankheit oder die Unfallfolgen nur teilweise Ursache der Arbeitsunfähigkeit sind,
- b) wenn sich die versicherte Person Verfügungen des Versicherers oder Anordnungen des Arztes wiederholt und in schwerer Weise widersetzt,

- c) wenn die versicherte Person eine vom Versicherer verlangte vertrauensärztliche Kontrolluntersuchung verweigert und
- d) wenn die versicherte Person sich weigert, eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

Vorbehalten bleiben die Bestimmungen nach Art. 45 VVG.

7.4.3 Rückerstattungspflicht

Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen müssen von der versicherten Person dem Versicherer rückerstattet werden.

8. Mitwirkungspflichten bei Krankheit und Unfall

8.1 Meldepflicht

Über jede Arbeitsunfähigkeit, die Anspruch auf einen Taggeldbezug geben könnte, hat die versicherte Person den Versicherer innert fünf Tagen zu informieren und dabei anzugeben, ob es sich um einen Unfall oder eine Krankheit handelt. Bei vereinbarten Wartezeiten von mehr als 21 Tagen hat die Meldung über die Arbeitsunfähigkeit spätestens eine Woche vor einer allfälligen Leistungsforderung zu erfolgen.

Die vom Arzt resp. dem Chiropraktor ausgestellte Bescheinigung ist spätestens zehn Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit, bei Wartezeiten von mehr als 21 Tagen mit der Meldung betreffend Arbeitsunfähigkeit, dem Versicherer zuzustellen.

Unter Vorbehalt von Art. 45 VVG gewährt der Versicherer bei Unterlassung ohne ausreichende Begründung Leistungen erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Meldung. Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheits- oder Unfallmeldungen sind maximal bis zu drei Tage zulässig.

Angestellte haben den Nachweis von ungedecktem Erwerbsausfall zu erbringen.

Reduziert sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit, ist dies dem Versicherer unverzüglich zu melden.

8.2 Auskunftspflicht

Die versicherte Person stellt bei Unfall dem Versicherer sämtliche erforderlichen Informationen über den Unfallhergang sowie am Unfall beteiligte Dritte zur Verfügung.

Bei öfter erfolgenden Kurzabsenzen innerhalb einer kürzeren Zeitspanne ist der Versicherer berechtigt, von der versicherten Person einen Arztbesuch am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu verlangen.

Der Versicherer kann die Arbeitsunfähigkeit sowie den ungedeckten Erwerbsausfall in jedem Fall überprüfen und gegebenenfalls geeignete Kontrollmassnahmen ergreifen.

Im Weiteren gelten die Auskunftspflichten gemäss den GB, die laut Police anwendbar sind.

9. Prämien und Zahlungen

9.1 Prämienhöhe

Die Höhe der Prämien wird risikogerecht, wie beispielsweise nach Lebensalter, Wohnort, Leistungsbezug oder Branche der versicherten Person, festgesetzt. Personen, die aus der Erwerbsausfall-Versicherung für Unternehmungen in die Einzelversicherung übernommen werden, bilden eine eigene Risikogruppe.

Im Weiteren gelten für die Prämienfestsetzung, die Prämienzahlung, den Zahlungsverzug sowie die Prämienanpassung die GB, die laut Police anwendbar sind.

9.2 Leistungsfreiheitsrabatt (LFR)

9.2.1 Grundsatz

Bei Leistungsfreiheit wird ein Prämienrabatt gewährt.

9.2.2 Beobachtungsperiode

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

9.2.3 Rabattstufen

Es werden folgende Rabattstufen bzw. Prämien geführt:

Rabattstufe	Prämie
0	100%
1	64%

Die Festsetzung der Rabattstufen kann der Kostenentwicklung angepasst werden.

9.2.4 Stufenanpassung bei Leistungsbezug

Hat die versicherte Person im Verlaufe einer Beobachtungsperiode Leistungen beansprucht, erfolgt auf den 1. Januar des folgenden Jahres die Anpassung auf Rabattstufe 0, sofern sich die versicherte Person nicht schon in dieser Stufe befindet.

9.2.5 Stufenanpassung bei Leistungsfreiheit

Hat die versicherte Person während drei aufeinanderfolgenden Beobachtungsperioden in der Rabattstufe 0 keine Leistungen bezogen, erfolgt ab dem 1. Januar des vierten Jahres die Anpassung auf Rabattstufe 1.

9.2.6 Änderung der Versicherungsdeckung

Bei Änderung der Versicherungsdeckung innerhalb von ÖKK COMPENSA bleibt die Rabattstufe erhalten.

9.3 Leistungsausrichtung

9.3.1 Auszahlung von Taggeldern

Das Taggeld wird nach Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit aufgrund des ärztlichen Zeugnisses ausbezahlt. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat, wird das Taggeld in der Regel monatlich ausbezahlt.

9.3.2 Taggelder bei Geburt

Taggelder bei Geburt werden an selbstständig Erwerbende und Angestellte erst dann ausbezahlt, wenn dem Versicherer die Abrechnung der Mutterschaftsentschädigung gemäss EOG vorliegt.

10. Leistungen Dritter

10.1 Angestellte und Nicht-Erwerbstätige

Tage mit Teilleistungen infolge Kürzung wegen Anspruchs auf Leistungen Dritter zählen für die Berechnung der Leistungsdauer und Wartefrist als ganze Tage.

Im Weiteren gelten die Regelungen betreffend Leistungen Dritter gemäss den GB, die laut Police anwendbar sind.

Die versicherte Person tritt allfällige Ansprüche auf Nachzahlungen gegenüber Sozialversicherungen an den Versicherer ab, soweit dieser Vorleistungen erbracht hat.

10.2 Selbstständig Erwerbende

Für selbstständig Erwerbende entspricht der Leistungsumfang der vereinbarten Taggeldsumme.

Im Weiteren gelten die Regelungen betreffend Leistungen Dritter gemäss den GB, die laut Police anwendbar sind, ausgenommen die Regelung betreffend Überversicherung.

Die versicherte Person tritt allfällige Ansprüche auf Nachzahlungen gegenüber Sozialversicherungen an den Versicherer ab, soweit dieser Vorleistungen erbracht hat.