



Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----------|
| 1. Versicherungsgrundlagen | 1 |
| 1.1. Versicherungsträger | 1 |
| 1.2. Gemeinsame Bestimmungen | 1 |
| 1.3. Zweck | 1 |
| 1.4. Leistungsvoraussetzung | 1 |
| 1.5. Örtlicher Geltungsbereich | 1 |
| 1.6. Versicherungsabschluss | 1 |
| 2. Stationäre Behandlung | 1 |
| 2.1. Spitalbehandlung | 1 |
| 2.2. Langzeitbehandlung | 2 |
| 2.2.1. Leistungsumfang | 2 |
| 2.3. Stationäre Rehabilitation | 2 |
| 2.4. Leistung im Ausland | 2 |
| 2.4.1. Notfall | 2 |
| 2.4.2. Kostengutsprachege such | 2 |
| 2.5. Kur | 2 |
| 2.5.1. Erholungskur | 2 |
| 2.5.2. Badekur | 2 |
| 2.5.3. Andere Kur | 2 |
| 2.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt | 2 |
| 2.6. Rooming-In | 2 |
| 3. Besondere Leistungen | 2 |
| 3.1. Haushaltshilfe | 2 |
| 3.1.1. Im Allgemeinen | 2 |
| 3.1.2. Leistungsumfang | 2 |
| 3.1.3. Leistungserbringer | 2 |
| 3.2. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen | 3 |
| 3.3. Kinderhütendienst | 3 |
| 3.3.1. Im Allgemeinen | 3 |
| 3.3.2. Leistungsvoraussetzung | 3 |
| 3.3.3. Leistungsumfang | 3 |
| 3.4. Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen | 3 |
| 3.4.1. Behandlung durch Ärzte ohne KVG-Unterstellung | 3 |
| 3.4.2. Privatsprechstunde bei Spitalärzten ohne KVG- Unterstellung | 3 |
| 3.4.3. Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland | 3 |
| 3.5. Hilfsmittel | 3 |
| 4. CASAMED-Variante | 3 |
| 4.1. Zusätzliche Bedingungen | 3 |
| 4.2. Hausarztprinzip | 3 |
| 4.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip | 3 |
| 4.4. Spitäler | 3 |
| 4.5. Notfall | 3 |
| 4.6. Leistungsausschluss | 3 |

1. Versicherungsgrundlagen

1.1. Versicherungsträger

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

1.2. Gemeinsame Bestimmungen

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

1.3. Zweck

Die Versicherung leistet bei Unfall. Sie leistet für stationäre Behandlungen, Kuren, Langzeitbehandlungen, spitalexterne Haushaltshilfe und Transportkosten.

Die Versicherung leistet in Ergänzung zur Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG). Von den Gesamtkosten wird höchstens derjenige Teil übernommen, der nicht durch eine Sozialversicherung gedeckt ist. Bestehen weitere Versicherungen beim Versicherer mit Leistungen bei ambulanter oder stationärer Behandlung, gehen die Leistungen dieser Versicherungen denen von PRIVAT UNFALL vor.

1.4. Leistungsvoraussetzung

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

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

Für psychiatrische Behandlungen werden in keinem Fall Leistungen erbracht.

Die Versicherung leistet in Höhe der Mehrkosten der privaten zur allgemeinen Abteilung eines Listenspitals im Wohnkanton der versicherten Person, wenn die Behandlung in einem Spital ohne anerkanntem Tarif erfolgt. Im Notfall besteht volle Kostendeckung.

Ein Unfall und dessen Folgen sind versichert, wenn sich der Unfall während der Dauer der Versicherungsdeckung ereignet hat.

1.5. Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung leistet in der Schweiz, bei Notfall weltweit.

1.6. Versicherungsabschluss

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

Sie kann nur zusammen mit einer der folgenden Versicherungsabteilungen des Versicherers abgeschlossen bzw. geführt werden¹:

- ALLGEMEINER ZUSATZ
- PRIVAT-ZUSATZ
- OPTIMA
- PREMIUM
- FAMILY
- FAMILY FLEX
- KOMBI

¹ als vergleichbare Produkte gelten insbesondere auch folgende Versicherungsabteilungen der rhenusana:

- Heilungskostenzusatzversicherung rhenuPLUS
- Spitalversicherung rhenuSWISS / rhenuHOSPITAL

2. Stationäre Behandlung

2.1. Spitalbehandlung

Die Versicherung übernimmt bei Spitalaufenthalt die Kosten der privaten Abteilung. Die Kostenbeteiligungen der Krankenpflegeversicherung nach KVG werden nicht übernommen.

2.2. Langzeitbehandlung

2.2.1. Leistungsumfang

Die Versicherung leistet Tagespauschalen von CHF 70 vom ersten bis 90., CHF 35 vom 91. bis 180. Tag einmal innerhalb von drei Kalenderjahren, wenn

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

Erfolgt die Behandlung in einer tieferen als der privaten Abteilung, leistet die Versicherung Tagespauschalen von CHF 50 vom ersten bis 90., CHF 25 vom 91. bis 180. Tag.

2.3. Stationäre Rehabilitation

Erfolgt die medizinische Behandlung in einer vom Versicherer anerkannten Rehabilitationsklinik, leistet die Versicherung in den ersten 60 Tagen gemäss den Bedingungen bei Spitalbehandlung in Ziff. 2.1.

Unter Anrechnung der vorangegangenen Aufenthaltsdauer leistet die Versicherung ab dem 61. Tag gemäss den Bedingungen bei Langzeitbehandlung Ziff. 2.2.

2.4. Leistung im Ausland

2.4.1. Notfall

Die Versicherung leistet für die notfallmässige stationäre Behandlung in einem Akutspital während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts bis zur vollen Kostendeckung in der privaten Abteilung, so lange ein Heimtransport medizinisch nicht möglich ist.

2.4.2. Kostengutsprache gesuch

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

2.5. Kur

2.5.1. Erholungskur

Die Versicherung leistet an eine ärztlich verordnete Erholungskur im Anschluss an einen Spitalaufenthalt CHF 90 pro Tag, bis zu 21 Tage pro Fall.

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

2.5.2. Badekur

Die Versicherung leistet CHF 50 pro Tag, bis zu 21 Tage pro Kalenderjahr.

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

Die Versicherung leistet unabhängig davon, ob die versicherte Person stationär behandelt wird oder privat am Ort des Heilbades wohnt.

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

2.5.3. Andere Kur

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

2.5.4. Vorgehen bei Kuraufenthalt

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

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

2.6. Rooming-In

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

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

3. Besondere Leistungen

3.1. Haushaltshilfe

3.1.1. Im Allgemeinen

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

3.1.2. Leistungsumfang

Die Versicherung leistet an die Kosten einer anerkannten Haushaltshilfe bis CHF 60 pro Tag, höchstens CHF 630 pro Kalenderjahr. Die Leistung wird auch erbracht, wenn ein Vertrag zwischen Leistungserbringer und dem Versicherer fehlt.

Ist die versicherte Person für die Betreuung eines Kindes bis zwölf Jahre verantwortlich, leistet die Versicherung bis CHF 100 pro Tag, höchstens CHF 1'300 pro Kalenderjahr.

Bei Aufenthalt in einem Pflegeheim werden keine Leistungen erbracht.

3.1.3. Leistungserbringer

Als Haushaltshilfe wird anerkannt, wer gewerbsmässig oder für eine vom Versicherer vertraglich anerkannte Organisation den Haushalt der versicherten Person besorgt.

Die Hilfe durch Angehörige der versicherten Person wird anerkannt, wenn dem Angehörigen Erwerbsausfall oder Fahrspesen entstehen.

Anstelle der Leistungen an Haushaltshilfe können die gleichen Beiträge erbracht werden bei pflegerischen Leistungen von kommerziellen SPITEX-Unternehmen, wenn an diese keine Vergütung aus der Krankenpflegeversicherung nach KVG erfolgt.

3.2. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

Die Versicherung leistet an die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
- des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung und
- für Rettungs- und Bergungsaktionen insgesamt bis CHF 30'000 pro Kalenderjahr.

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

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

3.3. Kinderhütendienst

3.3.1. Im Allgemeinen

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

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

3.3.2. Leistungsvoraussetzung

Die Leistung wird erbracht, wenn das Kind infolge Unfall gemäss Beurteilung des SRK Betreuung oder Pflege bedarf. Die Leistungserbringung ist auf das vom SRK ausgebildete und beauftragte Fachpersonal beschränkt.

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

3.3.3. Leistungsumfang

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

3.4. Ärztliche Behandlung von Unfallfolgen

3.4.1. Behandlung durch Ärzte ohne KVG-Unterstellung

Die Versicherung erstattet für Behandlungen durch Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss KVG-Tarif.

3.4.2. Privatsprechstunde bei Spitalärzten ohne KVG-Unterstellung

Die Versicherung erstattet für ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspitalärzten, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem Tarif.

3.4.3. Ärztliche Notfallbehandlung im Ausland

Die Versicherung deckt bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland im Nachgang zu den Leistungen der Krankenpflegeversicherung nach KVG die vollen Kosten, wenn die versicherte Person keine Deckung über die Versicherungen PRIVAT-ZUSATZ, OPTIMA, PREMIUM oder eine gleichwertige Versicherung des Versicherers hat.

3.5. Hilfsmittel

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

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

4. CASAMED-Variante

4.1. Zusätzliche Bedingungen

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

4.2. Hausarztprinzip

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

Die Versicherung kann telemedizinische Institutionen als Hausarzt anerkennen.

4.3. Ausnahmen vom Hausarztprinzip

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

4.4. Spitäler

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

4.5. Notfall

Die Versicherung leistet bei Notfällen ungeachtet vom Hausarztprinzip.

Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation.

4.6. Leistungsausschluss

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