

Allgemeine Versicherungsbedingungen nach KVG

INHALTSVERZEICHNIS

- Art. 1 Grundlagen
- Art. 2 Aufnahme
- Art. 3 Beginn der Versicherung
- Art. 4 Ende der Versicherung
- Art. 5 Wechsel des Versicherers
- Art. 6 Ruhen der Versicherung
- Art. 7 Beiträge (Prämien)
- Art. 8 Altersgruppen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
- Art. 9 Kostenbeteiligung
- Art. 10 Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise
- Art. 11 Allgemeines
- Art. 12 Meldepflichten
- Art. 13 Versicherungsabteilungen
- Art. 14 Unfälle
- Art. 15 Überentschädigung
- Art. 16 Schadenminderungspflicht
- Art. 17 Abtretung und Verrechnung
- Art. 18 Verfügung
- Art. 19 Einsprache
- Art. 20 Verwaltungsgerichtsbeschwerde
- Art. 21 Inkrafttreten

Art. 1 Grundlagen

1. Diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gehen Rechtsregeln in folgender Reihenfolge vor:
 - 1.1 Bundesrecht, namentlich ATSG, KVAG, KVG und deren Ausführungsbestimmungen
 - 1.2 Kantonales Recht
 - 1.3 Statuten
 - 1.4 Tarifverträge

2. Soweit im Taggeldreglement nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen auch für die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG.

3. Diese AVB gelten nicht für die Krankenpflegezusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz.

Art. 2 Aufnahme

1. Jede Person die ihren Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet der Kasse hat, ist berechtigt die obligatorische Krankenpflegeversicherung abzuschliessen und Antrag auf den Abschluss einer Taggeldversicherung nach KVG zu stellen. Vorbehalten bleiben die bilateralen Verträge CH-EU/EFTA.

2. Die antragstellende Person hat die gewünschte Versicherung schriftlich mit dem dafür vorgesehenen Formular zu beantragen. Der Antrag ist vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen.

Art. 3 Beginn der Versicherung

1. Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter bzw. ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen. Bei rechtzeitigem Beitritt eines Versicherten nach Massgabe von Art. 3 KVG

beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme im Tätigkeitsgebiet der Kasse. Vorbehalten bleiben die Regelungen für Personen im Sinne von Art. 3 Abs. 2 und 3 KVG.

2. Die Erhebungsdauer für den Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt nach Art. 5 Abs. 2 des Gesetzes entspricht der doppelten Dauer der Verspätung. Der Prämienzuschlag beträgt 30% bis 50% der Prämie. Die Kasse setzt den Zuschlag nach der finanziellen Lage des Versicherten fest. Hat die Zahlung des Prämienzuschlages eine Notlage für den Versicherten zur Folge, setzt die Kasse einen Zuschlag von weniger als 30% fest.

Art. 4 Ende der Versicherung

Die Versicherung erlischt:

1. Bei Ableben.
2. Durch Wechsel des Versicherers.
3. Durch Erschöpfung der Genussberechtigung oder durch Ausschluss in der Taggeldversicherung.

3.1 Ein Ausschluss aus der Taggeldversicherung ist möglich, wenn sich das Verhalten der versicherten Person als missbräuchlich oder besonders schwer erweist und die Weiterführung der Taggeldversicherung der Kasse nicht mehr zumutbar ist. Die versicherte Person ist vorgängig auf diese Sanktion hinzuweisen.

Art. 5 Wechsel des Versicherers

1. Versicherte Personen mit der gesetzlichen Grundfranchise (Minimalfranchise) können unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende Juni oder Ende Dezember die Kasse

wechseln. Für die übrigen Versicherten gilt Art. 10 dieser AVB.

2. Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende desjenigen Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Die Kasse muss die neuen und vom Bundesamt für Gesundheit genehmigten Prämien jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im voraus mitteilen und dabei auf das Recht, die Kasse zu wechseln, hinweisen.

3. Muss die versicherte Person die Kasse verlassen, weil sie ihren Wohnort verlegt oder die Stelle wechselt, so endet das Versicherungsverhältnis im Zeitpunkt der Verlegung des Wohnorts oder des Stellenantritts beim neuen Arbeitgeber.

4. Führt die Kasse die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung gemäss Art. 43 KVAG.

5. Das Versicherungsverhältnis endet bei der Kasse erst, wenn ihr der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Unterlässt der neue Versicherer diese Mitteilung, so hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämien Differenz. Sobald der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten hat, informiert er die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist.

Art. 6 Ruhen der Versicherung

1. Die Deckung für Unfälle kann sistiert werden bei Versicherten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch für dieses Risiko voll gedeckt sind. Die Kasse veranlasst das Ruhen auf Antrag der versicherten Person, wenn diese nachweist, dass sie voll nach dem UVG versichert ist. Die Prämie wird entsprechend herabgesetzt. Der Antrag hat in schriftlicher Form zu erfolgen. Die Sistierung beginnt frühestens am ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird nach Massgabe der Hauptverordnung zum KVG (KVV) für diejenigen Personen sistiert, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen dem Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) unterstellt sind.

2. Die Unfälle sind gemäss KVG gedeckt, sobald die Unfalldeckung nach dem UVG ganz oder teilweise aufhört.

3. Die Kasse übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei ihr versichert waren.

4. Die Kasse hat die versicherte Person bei ihrem Beitritt zur sozialen Krankenversicherung schriftlich auf ihr Recht nach Art. 8 KVG hinzuweisen.

5. Der Arbeitgeber informiert eine aus dem Arbeitsverhältnis oder aus der Nichtberufsunfallversicherung nach dem UVG ausscheidende Person schriftlich darüber, dass sie dies ihrem Versicherer nach KVG zu melden hat.

Die gleiche Pflicht trifft die Arbeitslosenversicherung, wenn der Anspruch auf Leistungen ihr gegenüber erlischt und die betreffende Person kein neues Arbeitsverhältnis eingeht.

6. Hat die versicherte Person ihre Pflicht nach Abs. 5 nicht erfüllt, so kann die

Kasse von ihr den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem die Kasse davon Kenntnis erhält, verlangen.

Art. 7 Beiträge (Prämien)

1. Die Höhe der Beiträge wird nach Lebensjahr, Kantonen und Regionen abgestuft. Bei Jugendlichen bis zum vollendeten 25. Altersjahr kann eine gegenüber den Erwachsenen tiefere Prämie zur Anwendung kommen. Für Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder) wird eine tiefere Prämie festgesetzt als für Erwachsene.

2. Die Versicherten haben die Beiträge in gesunden und kranken Tagen jeden Monat im Voraus zu entrichten.

3. Beginnt oder endet das Versicherungsverhältnis im Laufe eines Kalendermonats, so sind die Prämien ab Eintrittstag bzw. bis zum Austrittstag zu entrichten. Die monatliche Prämie wird durch die Anzahl Tage des betreffenden Monats geteilt und mit der Anzahl Versicherungstage, an denen die Prämie geschuldet ist, multipliziert.

4. Die Kasse kann die Prämien für besondere Versicherungsformen nach Art. 62 KVG vermindern.

Art. 8 Altersgruppen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

1. Es bestehen folgende Altersgruppen:
Kinder 00 – 18
junge Erwachsene 19 – 25
Erwachsene ab 26. Altersjahr.

2. Beitragsrechtlich ist das tatsächliche Alter massgebend.

3. Die Altersgruppeneinteilung in der freiwilligen Taggeldversicherung richtet sich nach dem Taggeldreglement.

Art. 9 Kostenbeteiligung

1. Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen innerhalb eines Kalenderjahres.

2. Die Kostenbeteiligung besteht aus dem festen Jahresbetrag in Höhe der gesetzlichen Franchise, dem gesetzlich festgelegten Selbstbehalt und dem Beitrag an die Kosten des Aufenthaltes im Spital.

3. Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

4. Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes.

Sind mehrere Kinder einer Familie bei der Kasse versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten (Art. 64 KVG).

5. Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthaltes im Spital richtet sich nach der jeweils gültigen Verordnung (Art. 104 KVV).

Keinen Beitrag haben zu entrichten:

- a) Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr.
- b) Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.

6. Die Kostenbeteiligung bei Mutterschaft richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen des KVG (Art.64) sowie den dazugehörigen Verordnungen KVV (Art. 103 ff) sowie KLV (Art. 13 ff).

7. Vorbehalten bleiben weitere Leistungen, für welche das Departement des

Inneren eine höhere, tiefere oder keine Kostenbeteiligung vorsieht.

8. Der Versicherte kann gegen eine Reduktion der Prämie eine höhere Franchise wählen. Die möglichen, frei wählbaren Jahresfranchisen sind gesetzlich geregelt und die entsprechenden Reduktionen bei den Prämien ergeben sich aus dem Prämientarif.

Art. 10 Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

1. Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

2. Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist frühestens ein Jahr nach dem Beitritt zur Versicherung mit wählbaren Franchisen unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

3. Muss die versicherte Person den Versicherer aufgrund von Art. 7 Abs. 3 oder 4 KVG verlassen, so gilt für die Regelung von Franchise und Selbstbehalt Art. 103 Abs. 4 KVV wie folgt: Bei Wechsel des Versicherers im Verlaufe eines Kalenderjahres rechnet der neue Versicherer die in diesem Jahr bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an. Wurden keine Franchise und kein Selbstbehalt in Rechnung gestellt, erfolgt eine Anrechnung unter dem Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die Versicherten.

Art. 11 Allgemeines

1. Die Antrag stellende Person bzw. ihr gesetzlicher Vertreter muss bei einem

Antrag für eine Taggeldversicherung alle erforderlichen Auskünfte erteilen und ausserdem die Unterlagen zur Verfügung halten, die für die Aufnahme, die Vorbehalte, die Höherversicherung, die Klärung der Gesundheitsstörung sowie für die Festsetzung der Versicherungsleistungen benötigt werden, insbesondere medizinische Berichte, Gutachten, Röntgenbilder, Belege über die Leistungen Dritter. Sie müssen Dritte ermächtigen, solche Unterlagen herauszugeben und Auskunft zu erteilen.

2. Der Versicherte muss sich im weiteren den von der Kasse angeordneten Abklärungsmassnahmen unterziehen, insbesondere zumutbaren medizinischen Untersuchungen, die der Diagnose und der Bestimmung der Leistungen dienen. Unzumutbar sind medizinische Massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit des Versicherten darstellen.

3. Die Kasse kann auf ihre Kosten von Medizinalpersonen und anderen Fachleuten Gutachten einholen, insbesondere über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten.

4. Alle Versicherten der Kasse sind im Rahmen der Zumutbarkeit verpflichtet, Weisungen der Kasse betreffend Zahlungsverkehr (Prämieninkasso/ Leistungsauszahlung) zu befolgen. Bei Verletzung dieser Mitwirkungspflicht ist die Kasse berechtigt, Umtriebsspesen in Rechnung zu stellen.

Für eine zweite Mahnung erhebt die Kasse eine Mahngebühr von CHF 45.–. Müssen Forderungen auf dem Rechtsweg eingefordert werden, belastet die Kasse dem Schuldner aufwandsgerechte Umtriebsspesen. Die Verzugszinsen sowie die effektiven Kosten des Betreibungsverfahrens werden den betroffenen Versicherten zusätzlich belastet.

Art. 12 Meldepflichten

1. Der Versicherte hat Unfälle, die nicht bei einem UVG-Versicherer oder bei der Militärversicherung angemeldet sind, seinem Krankenversicherer unverzüglich zu melden.

Er hat Auskunft zu geben über:

- a) Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalles;
- b) den behandelnden Arzt, die behandelnde Ärztin oder das Spital;
- c) allfällige betroffene Haftpflichtige und Versicherungen.

2. Der Versicherte ist verpflichtet, jeden Krankheitsfall oder Unfall der Kasse innert fünf Tagen anzuzeigen.

3. Adress- und Namensänderungen sowie Todesfälle sind der Kasse innert 30 Tagen mitzuteilen.

4. Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz ins Ausland, ist sie verpflichtet, die Kasse innert 10 Tagen davon in Kenntnis zu setzen. Vorbehalten bleiben die bilateralen Verträge CH-EU/EFTA.

5. Badekurverordnungen sind der Kasse einen Monat vor Antritt der Badekur zur Prüfung zuzustellen, ausgenommen in Fällen, wo die Badekur innert 14 Tagen nach einem Akutspitalaufenthalt angetreten wird.

Art. 13 Versicherungsabteilungen

1. Die Kasse führt nach Massgabe dieser AVB und gemäss Ergänzenden Versicherungsbedingungen folgende Versicherungsabteilungen:

- 1.1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung
- 1.2 Freiwillige Taggeldversicherung
- 1.3 Besondere Versicherungsformen

Art. 14 Unfälle

1. Die Kasse übernimmt bei Unfällen gemäss KVG die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

2. 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.

3. Unfälle, für die eine andere Unfallversicherung aufzukommen hat, sind jedoch von der Deckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ausgeschlossen.

4. Die Unfaldeckung ruht nach Massgabe von Art. 6 dieser AVB.

Art. 15 Überentschädigung

1. Die Leistungen der Krankenversicherung oder deren Zusammentreffen mit denjenigen anderer Sozialversicherungen dürfen nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Personen führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des Versicherungsfalles ausgerichtet werden. Dabei werden Hilflosenentschädigung und Zuschläge für Hilflosigkeit nicht berücksichtigt.

2. Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen die folgenden Grenzen übersteigen:

2.1 Die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere nicht gedeckte Krankheitskosten.

2.2 Den der versicherten Person durch den Versicherungsfall mutmasslich ent-

gangenen Verdienst oder der Wert der ihr verunmöglichten Arbeitsleistung.

Art. 16 Schadenminderungspflichten

1. Der Versicherte hat die ärztlichen Anordnungen (z.B. Bettruhe, Medikamenteneinnahme, Therapien, usw.) gewissenhaft zu befolgen und alles zu unterlassen, was die Genesung gefährdet oder verzögert.

2. Der Versicherte darf den Arzt nicht zu unnötigen oder unwirtschaftlichen Behandlungen oder Abklärungen veranlassen (z.B. unnötige Hausbesuche, stationäre statt ambulante Behandlung, unnötige Arztwechsel mit Doppelabklärungen).

Art. 17 Abtretung und Verrechnung

Ohne ausdrückliche Zustimmung der Kasse sind die Versicherten nicht berechtigt, Leistungsansprüche abzutreten, zu verpfänden oder zu verrechnen.

Art. 18 Verfügung

1. Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid der Kasse betreffend die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder die freiwillige Taggeldversicherung nicht einverstanden, so kann sie verlangen, dass diese innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche Verfügung erlässt.

2. Die Kasse muss die Verfügung begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Aus der mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf den Betroffenen kein Nachteil erwachsen.

Art. 19 Einsprache

Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung bei der Kasse Einsprache erhoben werden.

Art. 20 Verwaltungsgerichtsbeschwerde

1. Gegen Einspracheentscheide kann eine Beschwerde erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung des Einspracheentscheides bei dem vom Kanton bezeichneten Versicherungsgericht einzureichen.

2. Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn die Kasse entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

Art. 22 Inkrafttreten

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) nach KVG wurden vom Stiftungsrat der sanavals Gesundheitskasse gutgeheissen und treten am 1. Januar 2019 in Kraft.