

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenpflegeversicherung nach KVG

Inhaltsverzeichnis

I. Geltendes Recht	1
Art. 1 Reihenfolge	1
II. Versicherte Personen	1
Art. 2 Aufnahme	1
III. Beginn, Ende und Ruhen der Versicherung	1
Art. 3 Beginn der Versicherung	1
Art. 4 Altersgruppen	2
Art. 5 Ende der Versicherung	2
Art. 6 Wechsel des Versicherers	2
Art. 7 Ruhen der Unfalldeckung	2
IV. Prämien und Kostenbeteiligungen	2
Art. 8 Prämien	2
Art. 9 Kostenbeteiligung	3
V. Mitwirkungspflichten	3
Art. 10 Allgemeines	3
Art. 11 Meldepflichten	3
VI. Leistungsbereich	4
Art. 12 Versicherungsabteilungen	4
Art. 13 Unfälle	4
Art. 14 Überentschädigung	4
VII. Verschiedene Bestimmungen	4
Art. 15 Abrechnung der Schadenfälle	4
Art. 16 Schadenminderungspflichten	4
Art. 17 Abtretung und Verrechnung	4
Art. 18 Verfügung	4
Art. 19 Akteneinsicht	4
Art. 20 Einsprache	5
Art. 21 Verwaltungsgerichtsbeschwerde	5
Art. 22 Schlussbestimmungen	5

I. Geltendes Recht

Art. 1 Reihenfolge

¹ Diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen gehen Rechtsregeln in folgender Reihenfolge vor:

- Bundesrecht
- Kantonales Recht
- Kommunales Recht
- Statuten
- Tarifverträge

² Soweit im Taggeldreglement nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

³ Diese AVB gelten nicht für die Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

II. Versicherte Personen

Art. 2 Aufnahme

¹ Jede Person, die ihren Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet der Sumiswalder hat, ist berechtigt, Antrag auf Abschluss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und einer Taggeldversicherung zu stellen. Das Tätigkeitsgebiet der Sumiswalder Krankenkasse umfasst die Kantone BE, LU, SO, AG, FR, ZH, BL, BS, SH, AR, AI, SG, GR, TG, VS, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG.

Vorbehalten bleiben Ausnahmen von der Versicherungspflicht sowie die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf Personen im Ausland im Sinne von Art. 7 KVV.

² Die antragstellende Person hat das von der Sumiswalder zur Verfügung gestellte Antrags- und Frageformular vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen.

³ Die Aufnahmebedingungen für die von der Sumiswalder geführten Zusatzversicherungen sind in den AVB für die Zusatzversicherung sowie in den einzelnen Leistungsreglementen festgesetzt.

III. Beginn, Ende und Ruhen der Versicherung

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 einer Person 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 Ziffern 2 und 3 KVG.

² Die Erhebungsdauer für den Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt nach Art. 5 Ziffer 2 des Gesetzes entspricht der doppelten Dauer der Verspätung. Der Prämienzuschlag beträgt 30 bis 50 Prozent der Prämie.

Die Sumiswalder setzt den Zuschlag nach der finanziellen Lage der versicherten Person fest. Hat die Zah-

lung des Prämienzuschlages eine Notlage für die versicherte Person zur Folge, setzt die Kasse einen Zuschlag von weniger als 30 Prozent fest.

Art. 4 Altersgruppen

- ¹ Es bestehen folgende Altersgruppen:
 - a. Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr
 - b. Junge Erwachsene vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr
 - c. Erwachsene ab dem 26. Altersjahr
- ² Beitragsrechtlich ist das tatsächliche Alter massgebend.

Art. 5 Ende der Versicherung

- ¹ Die Versicherung erlischt:
 - a. bei Ableben
 - b. durch Wechsel des Versicherers
 - c. durch Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet der Sumiswalder

Art. 6 Wechsel des Versicherers

- ¹ Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf Ende eines Kalendersemesters wechseln.
- ² Bei einer Prämienerrhöhung kann sie dem Versicherer unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat seit Ankündigung der Prämienerrhöhung auf das Ende eines Monats wechseln. Der Versicherer muss Prämienerrhöhungen mindestens zwei Monate im Voraus ankündigen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen.
- ³ Muss die versicherte Person den Versicherer verlassen, weil sie ihren Wohnort verlegt oder die Stelle wechselt, so endet das Versicherungsverhältnis im Zeitpunkt der Verlegung des Wohnortes oder des Stellenantritts beim neuen Arbeitgeber.
- ⁴ Führt der Versicherer die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung gemäss Art. 13 KVG.
- ⁵ Das Versicherungsverhältnis endet beim Versicherer 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. 7 Ruhen der Unfalldeckung

- 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.
- ² Die Unfälle sind gemäss KVG gedeckt, sobald die Unfalldeckung nach dem UVG ganz oder teilweise aufhört.
- ³ Der Versicherer übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei ihr versichert waren.
- ⁴ Der Versicherer hat die versicherte Person bei ihrem Beitritt zur sozialen Krankenversicherung schriftlich auf ihre Pflicht nach Art. 10 KVG hinzuweisen.
- ⁵ Der Arbeitgeber informiert eine aus dem Arbeitsverhältnis oder aus der Nichtbetriebsunfallversicherung nach UVG ausscheidende Person schriftlich darüber, dass sie dies innerhalb eines Monats nach der Information durch den Arbeitgeber oder der Arbeitslosenversicherung 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 Ziffer 5 nicht erfüllt, so kann der Versicherer von ihr den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem der Versicherer davon Kenntnis erhält, verlangen. Hat der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung die Pflicht nach Ziffer 5 nicht erfüllt, so kann der Versicherer die gleichen Forderungen geltend machen.

IV. Prämien und Kostenbeteiligungen

Art. 8 Prämien

- ¹ Die Höhe der Beiträge wird nach Lebensalter, Kantonen und Regionen abgestuft. Für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird eine tiefere Prämie festgesetzt als für Erwachsene. Für junge Erwachsene bis zum vollendeten 25. Altersjahr kann der Versicherer ebenfalls eine tiefere Prämie festsetzen.

- ² Die Versicherten haben die Beiträge in gesunden und kranken Tagen in der Regel monatlich im Voraus zu entrichten.
- ³ Beginnt oder endet das Versicherungsverhältnis im Laufe eines Kalendermonats, werden die Prämien auf den Tag genau erhoben.
- ⁴ Der Versicherer kann die Prämien für besondere Versicherungsformen nach Art. 62 KVG vermindern.
- ⁵ Zahlt die versicherte Person Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht termingerecht, wird das Mahnverfahren nach den Vorgaben von Art. 105b KVV eingeleitet. Bei einer Mahnung oder Betreibung können Umtriebsentschädigungen erhoben werden.

Art. 9 Kostenbeteiligung

- ¹ Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.
- ² Die ordentliche Kostenbeteiligung besteht aus:
- einem festen Jahresbetrag (Franchise von 300.–); und
 - zehn Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts beträgt Fr. 700.–.
- ³ Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehalts ist das Behandlungsdatum.
- ⁴ Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehalts. Sind mehrere Kinder einer Familie bei der Sumiswalder versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehalts für eine erwachsene Person zu entrichten.
- ⁵ Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthaltes im Spital nach Art. 64 Abs. 5 KVG beträgt Fr. 15.–
- Keinen Beitrag haben zu entrichten:
- Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung nach Art. 61 Abs. 3 KVG;
 - Frauen für Leistungen bei Mutterschaft gemäss Art. 64 Abs. 7 KVG.
- ⁶ Auf den Leistungen bei Mutterschaft werden generell keine Kostenbeteiligungen erhoben sowie bei den Leistungen bei Krankheit, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden.
- ⁷ Vorbehalten bleiben die Leistungen, für welche das Departement des Inneren kraft Verordnung eine höhere Kostenbeteiligung nach Art. 64 Abs. 6 lit. a KVG oder aber eine herabgesetzte oder aufgehobene Kostenbeteiligung nach Art. 64 Abs. 6 lit. b KVG vorsieht.

- ⁸ Die versicherte Person kann gegen eine Reduktion der Prämie eine höhere Kostenbeteiligung wählen. Die Ansätze für die wählbaren Franchisen sind in Art. 93 KVV geregelt.

V. Mitwirkungspflichten

Art. 10 Allgemeines

- ¹ Der Aufnahmebewerber oder die Aufnahmebewerberin oder der gesetzliche Vertreter muss alle erforderlichen Auskünfte erteilen und ausserdem die Unterlagen zur Verfügung halten, die für die Aufnahme oder die Abklärung von Drittleistungspflichten nötig sind.
Im Bereich der Taggeldversicherung hat er/sie ferner alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen, welche für die Aufnahme, die Vorbehalte, 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 Aufnahmebewerber oder die Aufnahmebewerberin muss sich im Bereich der Taggeldversicherung weiteren, von der Sumiswalder 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 der Person darstellen.
- ³ Die Sumiswalder kann auf ihre Kosten von Medizinalpersonen und anderen Fachleuten Gutachten einholen, insbesondere über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der antragstellenden Person.
- ⁴ Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall, unvorhergesehener Niederkunft oder Todesfall im In- und Ausland, welche eine Hospitalisation, Hilfsmassnahmen, Transporte, etc. erforderlich machen, ist unverzüglich die Dienstleistungs- und Alarmzentrale, Tel. +41 800 786 47 24 oder +41 34 432 30 80 bzw. Fax +41 34 432 30 50, zu benachrichtigen.

Die notwendigen Hilfsmassnahmen werden von der Dienstleistungs- und Alarmzentrale der Sumiswalder organisiert, angeordnet bzw. durchgeführt und vergütet.
- Art. 11 Meldepflichten**
- ¹ Die versicherte Person hat Unfälle, die nicht bei einem UVG-Versicherer oder bei der Militärversicherung angemeldet sind, seinem Krankenversicherer unverzüglich zu melden.

Sie 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 Adress- und Namensänderungen sowie Todesfälle sind der Sumiswalder innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.

³ Badekurverordnungen sind der Sumiswalder zwei Monate vor Antritt der Badekur zur Prüfung zuzustellen, ausgenommen in Fällen, wo die Kur innert 14 Tagen nach einem Akutspitalaufenthalt angetreten wird.

VI. Leistungsbereich

Art. 12 Versicherungsabteilungen

¹ Die Sumiswalder führt nach Massgabe dieser AVB und gemäss besonderen Reglementen folgende Versicherungsabteilungen:

- a. Obligatorische Krankenpflegeversicherung
- b. Taggeldversicherung
- c. weitere (Art. 62 KVG)

Art. 13 Unfälle

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

² Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper.

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 AVB.

Art. 14 Überentschädigung

¹ Die Leistungen der Krankenversicherung oder deren Zusammentreffen mit denjenigen anderer Sozialversicherungen dürfen nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person 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:

- a. die der versicherten Person entstandenen Diagnose- und Behandlungskosten;
- b. die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckten Krankheitskosten;
- c. den, der versicherten Person durch den Versicherungsfall mutmasslich entgangene Verdienst.

VII. Verschiedene Bestimmungen

Art. 15 Abrechnung der Schadenfälle

Soweit die Sumiswalder auf vertraglicher oder freiwilliger Basis gegenüber Rechnungsstellern Kostengutsprachen oder Garantien abgegeben hat, rechnet sie - vorbehalten anders lautender Regelungen in den Tarifverträgen - direkt mit der versicherten Person ab.

Art. 16 Schadenminderungspflichten

¹ Die versicherte Person 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 Versicherer darf den Arzt nicht zu unnötigen oder unwirtschaftlichen Behandlungen oder Abklärungen veranlassen (z.B. unnötige Hausbesuche, stationäre statt ambulante Behandlungen, unnötige Arztwechsel mit Doppelabklärungen).

Art. 17 Abtretung und Verrechnung

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

Art. 18 Verfügung

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

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

Art. 19 Akteneinsicht

Die Akten stehen den Beteiligten zur Einsicht offen. Schützenswerte private Interessen der Versicherten und ihren Angehörigen sowie überwiegende öffentliche Interessen sind zu wahren.

Art. 20 Einsprache

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

Art. 21 Verwaltungsgerichtsbeschwerde

¹ Gegen Einspracheentscheide kann Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung des Einspracheentscheides bei dem vom Kanton bezeichneten Versicherungsgericht einzureichen, das für die Entscheidung von Streitigkeiten der Versicherer unter sich oder mit Versicherten oder mit Dritten zuständig ist.

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

Art. 22 Schlussbestimmungen

¹ Ändert sich der Inhalt dieser Versicherungsbedingungen, werden die Versicherten schriftlich informiert. Dies erfolgt in der Regel in der Versichertenzeitschrift oder mittels Informationsschreiben.

² Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen treten am 01.01.2017 in Kraft und ersetzen die Ausgabe 01.03.2016.