

Taggeldreglement nach KVG

Inhaltsverzeichnis

Art. 1 Zweck / Rechtsgrundlage	1
Art. 2 Beitritt / Mitgliedschaft	1
Art. 3 Freizügigkeit EU/EFTA	1
Art. 4 Beginn / Ende / Sistierung / Anpassung	1
Art. 5 Vorbehalte und hohes Risiko	2
Art. 6 Wechsel des Versicherers	2
Art. 7 Kollektivversicherung	3
Art. 8 Versicherungsangebot	3
Art. 9 Leistungsanspruch	3
Art. 10 Ausschlüsse	4
Art. 11 Arbeitslose Versicherte	4
Art. 12 Mutterschaft	4
Art. 13 AHV-Alter	4
Art. 14 Ausland	4
Art. 15 Unfall	4
Art. 16 Altersstufen und Prämien	5
Art. 17 Meldung / Zeugnis / Vorgehen bei Krankheit und Unfall	5
Art. 18 Überentschädigungen	5
Art. 19 Allgemeine Bestimmungen und Rechtspflege	5

Art. 1 Zweck / Rechtsgrundlage

ı Gestützt auf ihre Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) führt die Sumiswaller eine Taggeldversicherung. Diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gehen das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsgesetz (ATSG) vor.

ı Die Taggeldversicherung gewährt Leistungen bei Erwerbsausfall durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfall oder Mutterschaft.

Art. 2 Beitritt / Mitgliedschaft

ı Eine Taggeldversicherung abschliessen können Personen mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit im Tätigkeitsgebiet der Sumiswaller, sofern mindestens das 15. Lebensjahr zurückgelegt und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet ist. Der Antrag erfolgt schriftlich mit einem vorgedruckten Formular. Alle Fragen des Formulars müssen durch die antragsstellende Person vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet werden.

ı Die antragsstellende Person ermächtigt den Versicherer, die für die Aufnahme und Abklärung einer späteren Leistungspflicht notwendigen Auskünfte einzuholen. Zudem kann der Versicherer ein ärztliches Zeugnis oder eine vertrauensärztliche Überprüfung verlangen. Ausserdem kann der Versicherer den Arzt bestimmen. Allfällige Kosten gehen zu Lasten des Versicherers.

ı Zu versichernde Personen können hierfür einen anderen Versicherer wählen als für die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

ı Die Taggeldversicherung kann als Kollektivversicherung abgeschlossen werden. Kollektivversicherungen können abgeschlossen werden von:

- Arbeitgebern für sich und ihre Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen;
- Arbeitgeberorganisationen und Berufsverbände für ihre Mitglieder und die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ihrer Mitglieder;
- Arbeitnehmerorganisationen für ihre Mitglieder.

ı Eine Wohnsitzverlegung oder eine Adressänderung sind dem Versicherer innert 30 Tagen zu melden. Als Wohnortwechsel gilt die Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes.

Art. 3 Freizügigkeit EU/EFTA

In der Schweiz müssen seit dem Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens mit der europäischen Union (EU) und der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) abweichende Bestimmungen beachtet werden, die sich auf den Kreis der Versicherten Personen, deren Rechte und Pflichten, das Versicherungsverhältnis sowie auch auf die Leistungen beziehen.

Art. 4 Beginn / Ende / Sistierung / Anpassung

ı Der Versicherer bietet die Versicherung mit unterschiedlichem Leistungsbeginn an. Versicherungsbeginn ist der vom Versicherer bestätigte Annahmetag. Die versicherte Person erhält nach erfolgter Annahme die Versicherungspolice sowie dieses Taggeldreglement. Auf der Versicherungspolice sind die von der versicherten Person gewählte Versicherungsvariante, die Prämie sowie weitere wichtige Daten ersichtlich. Wird der Versicherungsschutz bei Erreichen des Höchsteintrittsalters im Einverständnis mit dem Versicherer fortgeführt, leistet der Versicherer das versicherte Taggeld für höchstens 180 Tage einschliesslich Wartezeit.

ı Die Taggeldversicherung erlischt:

- durch Kündigung
- durch Wegzug ins Ausland
- bei definitiver Erschöpfung des Leistungsanspruchs
- bei Vollendung des 65. Altersjahres (vorbehalten Art. 13)
- im Todesfall

Die gesetzlichen Ausschlussgründe bei Pflichtverletzung der versicherten Person bleiben vorbehalten.

Unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist kann die versicherte Person auf Monatsende kündigen.

Bei einer Prämienanpassung kann die versicherte Person unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats kündigen, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Abgesehen von noch ausstehenden Versicherungsleistungen bestehen nach Beendigung der Versicherung keinerlei rechtliche Ansprüche an den Versicherer. Die versicherte

Person ist verpflichtet, ihren finanziellen Verpflichtungen gegenüber dem Versicherer nachzukommen.

„Erweist sich das Verhalten einer versicherten Person als missbräuchlich oder sonst wie unentschuldigbar und ist die Weiterführung der Taggeldversicherung der Kasse nicht mehr zumutbar, kann die versicherte Person nach vorausgegangener Androhung der Sanktionen in den folgenden Fällen ausgeschlossen werden, wenn sie

- a. den Versicherungsantrag nicht wahrheitsgetreu ausgefüllt hat;
- b. sich den Anordnungen des Arztes wiederholt widersetzt oder diese schwer verletzt;
- c. mit der Bezahlung der Prämien im Verzug ist und einer Zahlungsaufforderung mit Anordnung des Ausschlusses nicht innert Monatsfrist nachkommt;
- d. aus anderen wichtigen Gründen.

„Die Versicherung kann im Einverständnis mit dem Versicherer in den folgenden Fällen sistiert werden:

- a. wenn sich die versicherte Person mehr als drei Monate im Ausland aufhält;
- b. wenn die versicherte Person länger als einen Monat eine militärische Ausbildung oder einen Zivildienst absolviert, können die von der Militärversicherung abgedeckten Leistungen sistiert werden;
- c. bei Aufenthalt der versicherten Person von mehr als drei Monaten in einer Strafvollzugs-, Verwahrungs- oder Erziehungsanstalt.

Die Versicherung kann maximal für zwei Jahre sistiert werden. Wird die Versicherung wieder aktiviert, hat die versicherte Person Anrecht auf den ursprünglichen Versicherungsumfang. Zudem ist die versicherte Person nach Aufhebung der Sistierung sofort wieder anspruchsberechtigt, ohne dass sie neue Versicherungsvorbehalte oder einen Altersgruppenverlust in Kauf nehmen muss.

„Eine Erhöhung oder Reduzierung des Taggeldes, eine Verkürzung oder Verlängerung der Wartefrist sowie den Einschluss oder Ausschluss der Unfalldeckung kann die versicherte Person jederzeit beantragen. Im Falle einer Höherversicherung gelten sinngemäss die Bedingungen der Antragsstellung, im Falle einer Herabsetzung der Versicherung gelten die Bedingungen der Kündigung. Bei nachträglichem Einschluss der Unfalldeckung gewährt der Versicherer die Eintrittsaltersgruppe der bestehenden Versicherung. Der Versicherer hat aber das Recht, Unfallfolgen durch Vorbehalte von der Versicherungsdeckung auszuschliessen.

„Wird das versicherte Taggeld gesenkt und gleichzeitig die bestehende Wartefrist verkürzt oder umgekehrt, gewährt der Versicherer diese Anpassung ohne Änderung der Eintrittsaltersgruppe, sofern die Prämie unverändert bleibt. Eine Versicherungserhöhung kann in den folgenden Fällen abgelehnt werden:

- a. wenn das AHV-Alter überschritten ist;
- b. wenn Krankheiten und Unfallfolgen vorliegen, auch solche, die bestanden haben und die ein hohes Risiko darstellen;
- c. wenn Prämien noch ausstehend sind.

Der Versicherer kann zu Gunsten der versicherten Person für Versicherungsanpassungen weitere oder abweichende Bedingungen festlegen.

Art. 5 Vorbehalte und hohes Risiko

„Die Sumiswelder kann Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Antragsstellung bestehen oder zu einem früheren Zeitpunkt bestanden haben und bei denen erfahrungsgemäss Rückfälle möglich sind, mit Vorbehalten von der Versicherung ausschliessen. Ein Vorbehalt, der im Zusammenhang mit einer Deckungserweiterung angebracht wurde, ist nur für die zusätzlich versicherten Leistungen relevant.

„Ein Vorbehalt wird der versicherten Person schriftlich mitgeteilt. Er ist nur gültig, wenn er der versicherten Person schriftlich mitgeteilt wird und die vorbehaltene Krankheit sowie der Beginn und das Ende der Vorbehaltsfrist in der Mitteilung genau bezeichnet werden. Der Vorbehalt ist von Versicherungsbeginn an fünf Jahre wirksam und fällt dann nach Ablauf der Frist ohne weitere Mitteilung dahin.

„Die versicherte Person kann vor Ablauf dieser Frist den Nachweis erbringen, dass ein bestehender Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist. Anschliessend entscheidet der Versicherer, ob der Vorbehalt frühzeitig aufgehoben wird. Allfällige entstandene Kosten gehen zu Lasten der versicherten Person.

„Sind bei der Antragsstellung die Angaben der versicherten Person unrichtig oder unvollständig, kann die Versicherung einen rückwirkenden Vorbehalt anbringen.

Art. 6 Wechsel des Versicherers

„Die Kasse darf keine neuen Vorbehalte anbringen, wenn die versicherte Person zu ihr wechselt, weil:

- a. die Aufnahme oder die Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses dies verlangt;
- b. sie aus dem Tätigkeitsbereich des bisherigen Versicherers ausscheidet;
- c. der bisherige Versicherer die soziale Krankenversicherung nicht mehr durchführt.

„Die Sumiswelder kann Vorbehalte des bisherigen Versicherers bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist weiterführen.

„Der bisherige Versicherer sorgt dafür, dass die versicherte Person schriftlich über ihr Recht auf Freizügigkeit aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt der Versicherungsschutz bei ihm bestehen. Die versicherte Person hat ihr Recht auf Freizügigkeit innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.

„Die Kasse muss auf Verlangen der versicherten Person das Taggeld im bisherigen Umfang weiterversichern. Sie kann dabei die beim bisherigen Versicherer bezogenen Taggelder auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach Art. 72 KVG anrechnen.

Art. 7 Kollektivversicherung

1. Kollektivverträge gemäss Art. 67 Abs. 3 KVG können durch den Versicherer für bestimmte Personengruppen abgeschlossen werden. Die Versicherungsbedingungen können von diesem Taggeldreglement abweichen. Die Bedingungen des Kollektivversicherungsvertrages gehen diesem Taggeldreglement vor.

2. Scheidet eine versicherte Person aus der Kollektivversicherung aus, weil sie nicht mehr zu dem im Vertrag umschriebenen Kreis der Versicherten zählt oder weil der Vertrag aufgelöst wird, so hat sie das Recht, in die Einzelversicherung der Kasse überzutreten. Soweit die versicherte Person in der Einzelversicherung nicht höhere Leistungen versichert, dürfen keine neuen Versicherungsvorbehalte angebracht werden. Das im Kollektivvertrag massgebende Eintrittsalter ist beizubehalten.

3. Die Kasse klärt versicherte Personen schriftlich über ihr Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung auf. Unterlässt sie dies, so bleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung. Sie hat ihr Übertrittsrecht innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.

Art. 8 Versicherungsangebot

1. Die Höhe des Taggeldes vereinbaren die versicherte Person und der Versicherer. Versicherbar ist der Wert der verunmöglichten Arbeitsleistung der versicherten Person im Versicherungsfall oder der mutmasslich entgangene Verlust. Der Versicherer kann das maximal versicherbare Taggeld begrenzen.

2. Das versicherte Taggeld ist gleich dem durchschnittlichen, massgeblichen Verdienstaufschlag eines Jahres geteilt durch 365. Allfällig bestehende Taggeldversicherungen bei anderen Versicherern müssen deklariert werden. Werden diese Taggeldversicherungen nach Abschluss der Taggeldversicherung nach KVG abgeschlossen, müssen diese ebenfalls gemeldet werden.

3. Versicherte Personen mit Einkommen aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit können sich bis zur Höhe des AHV-pflichtigen Bruttolohnes versichern. Absatz 1 dieses Artikels bleibt vorbehalten.

4. Versicherte Personen mit Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit können sich bis zur Höhe ihres AHV-pflichtigen Einkommens nach der letzten erlassenen Beitragsverfügung der AHV versichern.

5. Nichterwerbstätige Personen können ein Taggeld bis zu max. CHF 50.- abschliessen.

Art. 9 Leistungsanspruch

1. Anspruch auf die versicherten Leistungen gemäss dem abgeschlossenen Versicherungsumfang und dem vorliegenden Taggeldreglement besteht während der Versicherungsdauer. Die gesamthaft erbrachten Taggeldleistungen dürfen den Wert der verunmöglichten Arbeitsleistung zuzüglich der gesetzlich umschriebenen Mehrkosten oder dem mutmasslich entgangenen Verdienst nicht übersteigen.

2. Die landwirtschaftlichen Mehrkosten (Betriebshilfe) müssen, mittels Betriebshelferrechnung der Organisation oder mit ordentlicher Lohnabrechnung nach gesetzlichen Bestimmungen, belegt werden.

3. Nach Eintritt der Bezugsberechtigung bezahlt der Versicherer die Taggeldleistungen für alle Tage, an denen nach dem gewählten Leistungsbeginn eine ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Das Taggeld wird für eine oder mehrere Krankheiten und Unfälle zusammen, längstens während 730 Tagen innerhalb von 900 Tagen, ausgerichtet. Taggelder, welche bereits von früheren Versicherern bezogen wurden, werden auf die Gesamtansprüche angerechnet.

4. Ein Anspruch auf Leistungen besteht erst nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist. Diese wird vom Tag des Beginns der ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit an berechnet. Besteht für einen Tag eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40%, gilt der Tag als Wartetag. Entsprechend wird bei einer Wartefrist von einem Tag, die Leistung ab dem ersten Arbeitstag nach dem Eintritt der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit erbracht. Wurde eine längere Wartefrist vereinbart, werden die Leistungen ab dem ersten Tag nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist erbracht. Bei Versicherungen mit aufgeschobenem Leistungsbeginn können Wartefristen bis maximal 720 Tage vereinbart werden.

5. Die vereinbarte Wartefrist gilt ein Mal pro Kalenderjahr. Geht die Arbeitsunfähigkeit über ein Kalenderjahr hinaus, ist die Wartefrist erst wieder zu bestehen, wenn die versicherte Person zwischenzeitlich arbeitsfähig war. Die Wartefrist wird an die maximale Leistungsdauer angerechnet, sofern der Arbeitgeber während der Wartefrist zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist. Bei Taggeldversicherungen mit einem aufgeschobenem Leistungsbeginn von mehr als einem Tag ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, wird die Aufschubzeit auf die maximale Leistungsdauer von 730 Tagen innert 900 Tagen angerechnet, sofern der Arbeitgeber während der Wartefrist zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist.

6. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld geleistet. Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt gemäss den Bestimmungen des KVG erhalten. Ein Leistungsanspruch besteht, wenn die Arbeitsunfähigkeit mindestens 40% oder mehr beträgt.

7. Bei Kürzung des Taggeldes infolge Überentschädigung hat die arbeitsunfähige versicherte Person Anspruch auf den Gegenwert von 730 vollen Taggeldern. Die Fristen für den Bezug des Taggeldes werden entsprechend der Kürzung verlängert.

8. Eine Kürzung des Taggeldes wegen schwerem Selbstverschulden führt nicht zu einer Verlängerung der Leistungsdauer.

9. Die versicherte Person darf die Aussteuerung nicht durch den teilweisen Verzicht auf Taggeldleistungen verhindern.

10. Vorbehalten bleiben zwingende gesetzliche Vorschriften bei Arbeitslosigkeit, gemäss Art. 10 dieses Reglements.

11. Bei Erschöpfung der Genussberechtigung erlischt die Taggeldversicherung.

Art. 10 Ausschlüsse

Kein Anspruch auf Leistungen besteht:

- a. für Krankheiten und Unfälle, die einen wirksamen Vorbehalt betreffen;
- b. für Krankheiten und Unfallfolgen, die durch die versicherte Person schuldhaft bei der Antragsstellung nicht oder nur unvollständig deklariert worden sind. Die Einschränkung bezieht sich auf diese Zeit, in der der Versicherer die Krankheiten und Unfallfolgen bei Kenntnis ausgeschlossen hätte;
- c. während der Karenzzeit;
- d. für Folgen von Unfällen, die von einem anderen Versicherer zu decken sind;
- e. wenn eine Behandlung nicht der Behebung einer Gesundheitsstörung oder deren Folgen dient. Vorbehalten sind Massnahmen, die den drohenden Eintritt oder Verschlimmerung einer Gesundheitsstörung verhindern, wenn bereits ein krankhafter Zustand vorliegt;
- f. wenn die Versicherung sistiert ist;
- g. wenn sich die versicherte Person an kriegerischen Handlungen oder Ähnlichem beteiligt.

Folgende Leistungen können vorübergehend oder dauerhaft gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden:

- a. bei Verletzung der gesetzlichen Mitwirkungspflichten wie zum Beispiel Meldepflichten (z.B. bei anderen Sozialversicherern);
- b. wenn die versicherte Person eine vom Versicherer verlangte vertrauensärztliche Kontrolluntersuchung verweigert;
- c. wenn sich die versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben entzieht oder widersetzt oder nicht auf eigenen Antrieb das Zumutbare dazu beiträgt;
- d. bei einem vorsätzlichem Herbeiführen einer Krankheit oder eines Unfalls oder bei Krankheiten und Unfällen, die im Zusammenhang mit strafbaren Handlungen, Schlägereien oder anderen Gewalttätigkeiten stehen;
- e. für versicherte Personen im Straf- oder Massnahmenvollzug.

Irrtümliche oder zu Unrecht bezogene Leistungen können vom Versicherer zurückgefordert werden.

Art. 11 Arbeitslose Versicherte

Arbeitslosen versicherten Personen werden bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % das volle Krankengeld und bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25 %, aber höchstens 50%, das halbe Krankengeld ausgerichtet.

Überdies können arbeitslose versicherte Personen, gegen eine angemessene Prämienanpassung, ihre bisherige Krankentaggeldversicherung in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab 31. Tag umwandeln. Dies unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe und bei Beachtung des bisherigen Eintrittsalters, jedoch ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Umwandlung.

Art. 12 Mutterschaft

Bei Schwangerschaft und Niederkunft werden die versicherten Taggelder gewährt, sofern die Versicherte bis

zum Tage der Niederkunft ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten, wenigstens 270 Tage, für das zum Zeitpunkt der Mutterschaftsleistungen versicherte Taggeld, versichert war.

Die Versicherte hat Anspruch auf ein Mutterschaftstaggeld von 16 Wochen, wovon mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen. Die Leistungen bei Mutterschaft werden nicht auf die maximale Bezugsdauer angerechnet.

Art. 13 AHV-Alter

Auf den 1. desjenigen Monates, in welchem eine versicherte Person das 65. Altersjahr vollendet, erlischt die Taggeldversicherung.

Taggeldversicherten, die über das 65. Altersjahr hinaus erwerbstätig sind, kann auf ein entsprechendes schriftliches Gesuch hin die Weiterführung einer Taggeldversicherung im Rahmen von höchstens 50 %, unter entsprechender Anpassung der Prämien, bewilligt werden, sofern ein entsprechendes Erwerbseinkommen erzielt wird. Ein diesbezügliches Gesuch ist der Kasse schriftlich im Monat vor Eintritt ins 65. Altersjahr zu unterbreiten. Das Gesuch muss Angaben über die weitere Erwerbstätigkeit und den Gesundheitszustand enthalten. Eine allfällige Weiterversicherung setzt in jedem Fall eine volle Arbeitsfähigkeit voraus.

Wird einer versicherten Person die Weiterführung einer erhöhten Taggeldversicherung bewilligt, dauert dieser Versicherungsschutz längstens bis zur Vollendung des 69. Altersjahres. Das erhöhte Taggeld wird insgesamt längstens für 180 Tage ausgerichtet, wobei allfällige Aufschubzeiten an diese 180 Tage angerechnet werden.

Art. 14 Ausland

Bei Ferienreisen ins Ausland aus privaten Gründen werden die versicherten Leistungen nur bei Spitalaufenthalt ausgerichtet.

Wenn sich eine arbeitsunfähige, versicherte Person, die Anspruch auf Leistungen hat, ohne Zustimmung des Versicherers ins Ausland begibt, erlischt für die Zeit des Auslandsaufenthaltes der Anspruch auf Leistungen.

Art. 15 Unfall

Unfälle sind, sofern gegen eine zusätzliche Prämie mitversichert, bezüglich der versicherten Leistungen der Krankheit gleichgestellt, soweit dieses Reglement keine abweichenden Bestimmungen enthält. Die Unfalldefinition richtet sich nach den geltenden Bestimmungen des ATSG.

Will eine aufnahmebewerbende bzw. versicherte Person das Unfallrisiko ausschliessen, muss dies im Antragsformular ausdrücklich vermerkt und unterschriftlich bestätigt, respektive bei bestehenden Versicherungen, schriftlich beantragt werden. Danach hat die versicherte Person die um den Ausschluss des Unfallrisikos reduzierte Prämie, zu bezahlen. Rückwirkende Änderungen sind nicht möglich.

Für jeden Fall ist dem Versicherer innert fünf Tagen, das von ihr zur Verfügung gestellte Unfallmeldeformular ausgefüllt zuzustellen.

Art. 16 Altersstufen und Prämien

Die Prämien für die Taggeldversicherung werden durch den Vorstand der Sumiswelder unter Abstufung nach Eintrittsalter und Region festgelegt. Ist die Versicherung gemäss Artikel 4, Absatz 4 dieses Reglements sistiert, wird eine reduzierte Prämie erhoben.

Bei einer Höherversicherung wird die versicherte Person der ihrem Lebensalter zum Zeitpunkt der Höherversicherung entsprechenden Altersgruppe zugeteilt.

Die Prämie muss im Voraus bezahlt werden. Auch bei Krankheit, Unfall, Arbeitsunfähigkeit oder wenn die Anspruchsberechtigung ruht, muss die Prämie ohne Unterbruch bezahlt werden.

Werden die fälligen Prämien und Kostenbeteiligungen durch die versicherte Person nicht bezahlt, stellt ihm der Versicherer nach mindestens einer schriftlichen Mahnung eine Zahlungsaufforderung zu. In dieser Zahlungsaufforderung wird der versicherten Person eine Nachfrist von 30 Tagen gewährt. Zudem wird die versicherte Person auf die Folgen eines Zahlungsverzugs hingewiesen. Werden fällige Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen trotz Zahlungsaufforderung nicht innert der gewährten Frist beglichen, erlöscht die Deckung für neue Fälle und der Leistungsanspruch für laufende Fälle. Werden die offenen Positionen nachträglich bezahlt, treten die Deckung für neue Fälle und der Leistungsanspruch für laufende Fälle wieder in Kraft, jedoch nicht rückwirkend. Zudem hat der Versicherer das Recht, nach Ablauf der in der Zahlungsaufforderung gesetzten Frist, vom Vertrag zurückzutreten, sofern die offenen Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen nicht innert der gesetzten Frist bezahlt wurden. Sämtliche Mahn- und Umtriebsspesen gehen in jedem Fall zu Lasten des Versicherten.

Forderungen gegenüber dem Versicherer können nicht verpfändet und nur in den vom KVG vorgesehen Fällen abgetreten werden.

Art. 17 Meldung / Zeugnis / Vorgehen bei Krankheit und Unfall

Die versicherte Person hat ihre Arbeitsunfähigkeit, die zu einem Anspruch auf einen Taggeldbezug führen könnte, innert fünf Tage dem Versicherer zu melden. Zudem muss sie angeben, ob es sich um eine Krankheit oder einen Unfall handelt. Das vom Arzt ausgestellte Zeugnis muss spätestens zehn Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit dem Versicherer zugestellt werden. Rückdatierungen von ärztlichen Zeugnissen und Krankheits- oder Unfallmeldungen zur Erwirkung von Taggeldleistungen sind unzulässig. Diese Dokumente müssen auch dann fristgerecht eingereicht werden, wenn die Dauer der Arbeitsunfähigkeit vollständig in der vereinbarten Wartefrist liegt.

Bei selbstverschuldeter, verspäteter Einreichung der Arbeitsunfähigkeitsbestätigung besteht frühestens ab Eingang des ärztlichen Zeugnisses Anspruch auf das versicherte Taggeld. Die Wartefrist läuft, sobald die Meldung beim Versicherer eingegangen ist. Schuldlos verspätete Meldungen bleiben vorenthalten. Rückdatierungen zur Erwirkung von Taggeldleistungen sind unzulässig.

Nach Abschluss der Arbeitsunfähigkeit (inkl. teilweiser) ist

dem Versicherer unverzüglich eine schriftliche ärztliche Bestätigung über den Grad und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen. Zudem muss die versicherte Person den Nachweis von ungedecktem Erwerbsausfall inklusive allfälliger Gewinnungskosten erbringen.

Die versicherte Person muss alles tun, was die Genesung fördert und alles unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere muss den Anordnungen von Medizinalpersonen Folge geleistet werden. Der Versicherer darf die Einhaltung der ärztlichen Anordnungen überprüfen und geeignete Kontrollmassnahmen ergreifen.

Die versicherte Person hat dem Versicherer alle Auskünfte unentgeltlich zu erteilen, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind. Insbesondere muss sie den Versicherer über sämtliche Leistungen von Dritten bei Krankheit, Unfall und Invalidität informieren und dem Versicherer sämtliche erforderlichen Informationen über den Unfallhergang sowie am Unfall beteiligten Dritten zur Verfügung stellen.

Werden Leistungen bezogen, hat die versicherte Person alle Personen und Stellen wie Ärzte, Arbeitgeber, Versicherer und Amtsstellen zu ermächtigen, alle Auskünfte zu erteilen, die zur Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlich sind, sofern diese Personen und Stellen nicht bereits von Gesetzes wegen verpflichtet sind, Auskunft zu geben.

Wird dies verlangt, hat sich die versicherte Person durch einen weiteren Arzt oder Vertrauensarzt des Versicherers untersuchen zu lassen. Die Kosten für diese Untersuchung trägt der Versicherer.

Der Versicherer ist in jedem Fall berechtigt, eine Arbeitsunfähigkeit sowie einen ungedeckten Erwerbsausfall inklusive allfälliger Gewinnungskosten zu überprüfen und allenfalls geeignete Kontrollmassnahmen zu ergreifen.

Die Auszahlung des Taggelds erfolgt bei Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit aufgrund des ärztlichen Zeugnisses. Wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als einen Monat dauert, wird das Taggeld in der Regel monatlich ausbezahlt.

Wenn die versicherte Person im Leistungsfall den Auskunfts- und Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nachkommt, kann der Versicherer über den Anspruch auf Leistung entweder auf Grund der Akten verfügen oder auf das Anspruchsbegehren nicht eintreten.

Art. 18 Überentschädigungen

Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung führen. Überentschädigungen werden nach Art. 69 ATSG geregelt.

Art. 19 Allgemeine Bestimmungen und Rechtspflege

Ist ein Antragssteller oder eine versicherte Person mit einem Entscheid nicht einverstanden, erlässt der Versicherer auf Verlangen innert 30 Tagen eine schriftliche, begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung. Die versicherte Person kann gegen diese Verfügung beim Versicherer innert 30 Tagen Einsprache erheben. Der Versicherer überprüft diese Einsprache und erlässt einen schriftlich begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.

Beim kantonalen Versicherungsgericht kann gegen Einspracheentscheide innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde erhoben werden. Zur Beschwerde sind alle Personen berechtigt, die durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt sind und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung haben. Es ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in welchem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte Wohnsitz hat. Zudem kann sich die versicherte Person an das Versicherungsgericht wenden, wenn der Versicherer innert Frist keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt. Wenn sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland befindet, ist das Versicherungsgericht des Kantons zuständig, in welchem sich der letzte schweizerische Wohnsitz befand oder in dem der letzte schweizerische Arbeitgeber seinen Hauptsitz hat. Lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in welchem der Versicherer seinen Sitz hat.

Wird auf eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid des Versicherers nicht innerhalb der Einsprache- oder Beschwerdefrist oder mit rechtskräftiger Abweisung der Beschwerde reagiert, ist die Verfügung, beziehungsweise der Einspracheentscheid, rechtskräftig. Die auf Geldzahlungen gerichteten rechtskräftigen Verfügungen sind vollstreckbaren Gerichtsurteilen im Sinne von Art. 80 SchKG. gleichgestellt.

Für alle in diesem Reglement nicht besonders geregelten Fragen gelten sinngemäss die gesetzlichen Bestimmungen sowie die Statuten und / oder Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Sumiswalder.

Änderungen dieses Taggeldreglements werden der versicherten Person durch schriftliche Mitteilung, in der Versichertenzeitschrift oder durch amtliche Publikation mitgeteilt.

Das vorliegende Reglement wird auf der Webseite der Sumiswalder Krankenkasse publiziert.

Das vorliegende Reglement wurde vom Vorstand am 25.09.2023 genehmigt und tritt am 01.01.2024 in Kraft. Alle bisherigen Bestimmungen über die Taggeldversicherung sind damit hinfällig geworden. Ausgenommen sind die beim Inkrafttreten dieses Reglements laufenden Taggelder, welche noch für zwei Jahre nach den Bestimmungen des bisherigen Rechts über die Leistungsdauer gewährt werden.