

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG)

Hinweise:

- Der Verzicht auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Schreibweise erfolgt aus Gründen der Lesbarkeit.
- Die Originalfassung der vorliegenden Bestimmungen ist die deutsche. Bei Fassungen in anderen Sprachen handelt es sich um Übersetzungen. Bei allfälligen Auslegungsschwierigkeiten ist der deutsche Text massgebend.

Diese Versicherungsbedingungen sind gültig für die folgenden Versicherer:

- Visana AG, Weltpoststrasse 19, 3000 15
- sana24 AG, Weltpoststrasse 19, 3000 15
- vivacare AG, Weltpoststrasse 19, 3000 15
- Galenos AG, Weltpoststrasse 19, 3000 15

1. Grundlagen

1.1 Welche Rechtsgrundlagen gelten?

Rechtsgrundlagen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind das geltende Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie deren Ausführungsbestimmungen und die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

1.2 Bei wem sind Sie versichert?

Den Versicherer entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungspolice.

1.3 Wo ist der Versicherer tätig?

Das Tätigkeitsgebiet für die obligatorische Krankenpflegeversicherung umfasst die Schweiz.

1.4 Welche besonderen Versicherungsformen gibt es?

Der Versicherer bietet die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers, mit wählbarer Jahresfranchise sowie als Bonusversicherung (nur Visana) an.

Die Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers sowie die Bonusversicherung richten sich nach eigenen AVB.

Bonusversicherung und wählbare Jahresfranchisen können nicht kombiniert werden.

Die erhöhten Jahresfranchisen richten sich nach den Bestimmungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

2. Versicherungsverhältnis

2.1 Wer ist versichert?

Der Versicherer versichert natürliche Personen, die in seinem Tätigkeitsgebiet Wohnsitz haben. Weitere Personen können sich versichern, sofern das Krankenversicherungsgesetz dies vorsieht.

2.2 Wie sind die Aufnahmebedingungen?

Die Aufnahme in die Krankenpflegeversicherung ist nur möglich, sofern keine solche Versicherung gleichzeitig anderweitig geführt wird.

Jede Person hat einen schriftlichen Versicherungsantrag zu unterzeichnen. Der Antrag kann sieben Tage nach der Unterzeichnung mit eingeschriebenem Brief an den Versicherer widerrufen werden. Mit Absendung der Widerrufserklärung erlöschen sämtliche Rechte und Pflichten beider Parteien rückwirkend. Bei handlungsunfähigen Personen ist die Unterschrift der gesetzlichen Vertretung erforderlich. Alle für die Versicherungsaufnahme nötigen Unterlagen sind dem Versicherer zuzustellen.

2.3 Welche Altersgruppen gibt es?

Es bestehen folgende Altersgruppen:

- I. Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr
- II. Versicherte vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr
- III. Versicherte ab dem 26. Altersjahr

Die Umteilung von der Altersgruppe I in II bzw. von II in III erfolgt am Ende des Kalenderjahres, in welchem das 18./25. Altersjahr abgeschlossen worden ist.

2.4 Wann beginnt resp. endet die Versicherung?

Versicherungsbeginn und -ende richten sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.

Der rechtzeitige Beitritt erfolgt innert drei Monaten seit Wohnsitznahme oder Geburt in der Schweiz. Der Beitritt ist rechtzeitig erfolgt, sofern der schriftliche Versicherungsantrag innert dieser Frist dem Versicherer eingereicht wird. In diesen Fällen beginnt die Versicherung zum Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme in der Schweiz.

Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts, d. h. die Versicherung beginnt frühestens am Tag des Eingangs des Versicherungsantrags beim Versicherer. Der Versicherer erhebt einen Prämienzuschlag für nicht entschuld bare Verspätung.

Die Versicherung endet durch:

- a) Rechtsgültige Kündigung
Die ordentliche Kündigung ist unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten auf Ende eines Kalendersemesters möglich. Bei der Bonusversicherung, der Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers bzw. bei erhöhter Jahresfranchise ist die Kündigung unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten nur auf das Ende eines Kalenderjahres möglich. Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Versicherung unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Die Kündigung muss dem Versicherer spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der Kündigungsfrist zukommen.
- b) Tod der versicherten Person
- c) Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers
Die Versicherung bleibt solange bestehen, bis die versicherte Person einen neuen Wohnsitz begründet hat.
- d) Ende der Versicherungspflicht
Die Beendigung des Versichertenverhältnisses erfolgt durch schriftliche Mitteilung.

2.5 Wie informiert der Versicherer? Welche Meldepflichten haben Sie?

- a) Publikationsorgan
Änderungen der Versicherungsbedingungen sowie Bekanntmachungen allgemeiner Natur erfolgen in verbindlicher Form im offiziellen Publikationsorgan der Visana-Gruppe. Das Publikationsorgan wird pro Haushalt einmal verschickt.
- b) Versicherungspolice
Alle versicherten Personen erhalten eine individuelle Bestätigung ihres Versicherungsschutzes in Form einer Versicherungspolice.
- c) Meldepflichten der Versicherten
Die Versicherten sind verpflichtet, sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffende Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (z.B. Wohnsitzwechsel) innert Monatsfrist der auf der Versicherungspolice genannten Organisationseinheit des Versicherers zu melden.
- d) Verletzung von Meldepflichten
Nachteile, welche sich aus der Verletzung von Meldepflichten ergeben, gehen zulasten der Versicherten.

2.6 Wer steht Ihnen für die Beratung zur Verfügung?

Für Fragen und Beratung der Versicherten stehen die zuständigen Organisationseinheiten zur Verfügung.

3. Leistungen

3.1 Was ist versichert?

Versichert sind die Risiken Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen sowie Schwanger- und Mutterschaft.

3.2 Wie sieht der Leistungsumfang aus?

Die Leistungsansprüche richten sich nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und den dazugehörigen Verordnungen sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

3.3 Können Sie die Unfalldeckung sistieren?

Die Deckung für Unfälle kann sistiert werden bei Versicherten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) für dieses Risiko voll gedeckt sind. Der Versicherer veranlasst das Ruhen auf Antrag der versicherten Person, wenn diese den Nachweis über die vollständige Deckung nach UVG erbringt. Die Prämie wird entsprechend herabgesetzt. Die Unfälle sind gedeckt, sobald die Unfalldeckung nach dem UVG ganz oder teilweise aufhört. Die soziale Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei ihr versichert waren.

3.4 Wann beginnt die Leistungspflicht?

Der Leistungsanspruch beginnt am Tag des Versicherungsbegins.

3.5 Wie machen Sie Ihre Leistungen geltend?

Die versicherte Person hat dem Versicherer zur Abklärung eines Leistungsanspruchs und zur Festsetzung der Leistungen notwendigen Auskünfte zu erteilen und die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung zu stellen, und sie ermächtigt den Versicherer, zu diesem Zweck in Akten anderer Versicherer und von Behörden Einsicht zu nehmen und die erforderlichen Auskünfte bei Leistungserbringern einzuholen. Die Versicherten können verlangen, dass die behandelnden Ärzte und anderen Medizinalpersonen medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt bekannt geben. Unfälle sind dem Versicherer zu melden.

3.6 Wo werden die Leistungen erbracht?

Die Leistungen werden grundsätzlich für Behandlungen in der Schweiz erbracht.

3.7 Welche Leistungen werden im Ausland übernommen?

Während eines Aufenthalts in den EU-Mitgliedstaaten, in Island oder Norwegen haben die Versicherten Anspruch auf die medizinisch notwendigen Behandlungen, unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer. Bei einem Aufenthalt im übrigen Ausland besteht nur Anspruch auf Notfallbehandlungen. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt im Rahmen des Gesetzes die Kosten einer Entbindung im Ausland, wenn sie zum Erwerb der Staatsbürgerschaft im Ausland erfolgt.

Die Leistungshöhe richtet sich nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

3.8 Welche Leistungseinschränkungen gibt es?

- a) Wirtschaftlichkeit der Behandlung
Die Leistungen werden in dem Umfang erbracht, als sie das im Krankenversicherungsgesetz verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot einhalten.
- b) Überversicherung
Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen. Die Leistungen werden um den Betrag der Überentschädigung gekürzt.
- c) Zulassung der Leistungserbringer
Fehlt einem Leistungserbringer die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung, so werden keine Leistungen ausgerichtet.

3.9 Werden die Leistungen bei Absicht oder Grobfahrlässigkeit gekürzt oder verweigert?

Die Leistungen werden auch bei absichtlicher oder grobfahrlässiger Herbeiführung des Versicherungsfalles nicht gekürzt oder verweigert.

3.10 Wie erhalten Sie Ihre Vergütungen?

Die Auszahlungen erfolgen nach Prüfung des Leistungsanspruchs und ausschliesslich in Schweizer Franken. Die Versicherten verpflichten sich, dem Versicherer ein schweizerisches Bank- oder Postkonto als Zahlungsadresse zu nennen. Bei Unterlassung der Meldung gehen die Auszahlungskosten zu Lasten der Versicherten.

Sind die Versicherten Honorarschuldner (System «Tiers garant»), so sind Rechnungen und Belege dem Versicherer einzureichen. Die Vergütungen erfolgen direkt an die Versicherten. Die Versicherten sind berechtigt, die Rechnungen vor der Bezahlung dem Versicherer zur Prüfung und Abklärung des Vergütungsanspruchs einzureichen.

Ist der Versicherer gestützt auf Vereinbarungen mit den Leistungserbringern Honorarschuldnerin (System Tiers payant), so erfolgen die Vergütungen bei vorhandenem Leistungsanspruch direkt an die Leistungserbringer.

3.11 Wann erlischt der Anspruch auf Leistungen?

Der Anspruch auf ausstehende Leistungen erlischt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war.

3.12 Wie ist das Verhältnis zu anderen Versicherungen und Drittleistungen (Regressordnung)?

- a) Anzeige- und Anmeldepflicht
Sind für einen Versicherungsfall auch andere Versicherungen oder Dritte leistungspflichtig, so muss dies dem Versicherer angezeigt werden. Anzeigepflichtig ist ferner der Bezug von Leistungen. Abfindungen sowie Leistungsver-

zichts-erklärungen sind dem Versicherer vor Bezug bzw. Unterzeichnung zu melden.

Die Versicherten sind verpflichtet, ihre Ansprüche gegenüber anderen Versicherungsträgern oder zahlungspflichtigen Dritten anzumelden.

Werden diese Anzeige- und Anmeldepflichten verletzt, kann dies zu einer Kürzung oder Verweigerung der Leistungen führen.

- b) **Leistungskoordination**
Das Verhältnis der sozialen Krankenversicherung zu den anderen Sozialversicherungen richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- c) **Rückgriff**
Gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften, tritt der Versicherer im Zeitpunkt des Ereignisses bis zur Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person ein.

3.13 Wann müssen Sie Leistungen zurückerstatten?

Zu Unrecht oder irrtümlich erbrachte Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

4. Prämien und Kostenbeteiligungen

4.1 Welche Prämien müssen Sie bezahlen?

Die für Sie gültige Prämie, welche für mindestens einen Monat im Voraus zu bezahlen ist, entnehmen Sie Ihrer Versicherungspolice. Im Eintrittsmonat sind die Prämien ab dem effektiven Versicherungsbeginn taggenau geschuldet. Im Austritts- und Todesmonat ist die Prämie für die Zeit nach dem effektiven Austritt resp. nach dem Todestag nicht mehr geschuldet.

4.2 Welche Zahlungsfristen gelten?

Die Prämien werden monatlich, zweimonatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich erhoben. Die entsprechenden Zahlungsfristen entnehmen Sie der Prämienrechnung. Bei halbjährlicher oder jährlicher Zahlungsweise gewährt der Versicherer Skonti. Die Bedingungen hierzu werden vom Versicherer festgelegt.

4.3 Wie hoch ist die Prämie?

Die Prämienhöhe richtet sich nach den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Tarifen. Die Prämien sind nach den Altersgruppen und Regionen abgestuft.

Personen, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen der Militärversicherung unterstellt sind, sind ab Beginn der Unterstellung von der Prämienzahlung befreit, wenn sie die Unterstellung mindestens acht Wochen vor deren Beginn dem Versicherer melden. Wird diese Frist nicht eingehalten, so erhebt der Versicherer ab Meldung, frühestens aber ab Beginn des Militärdienstes, keine Prämie mehr.

4.4 Wie hoch sind die Prämien bei den besonderen Versicherungsformen?

Versicherte mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers oder erhöhter Jahresfranchise erhalten Prämienermässigungen. Die Prämienabstufung in der Bonusversicherung findet sich im separaten Reglement.

4.5 Welche Kostenbeteiligung müssen Sie bezahlen?

In gesetzlich vorgesehenen Fällen bezahlen

- Erwachsene die Jahresfranchise sowie den Selbstbehalt, der 10 %* der die Franchise übersteigenden Kosten beträgt;
- Kinder den Selbstbehalt von 10 %* und die allenfalls gewählte Jahresfranchise.

* Bei gewissen Originalpräparaten und Generika kann der Selbstbehalt 20 % betragen.

Der maximale jährliche Selbstbehalt beträgt für Erwachsene CHF 700.– und für Kinder CHF 350.–. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so beträgt deren jährliche Kostenbeteiligung zusammen maximal CHF 950.–.

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

Zusätzlich zu der Kostenbeteiligung wird bei Spitalaufenthalt in gesetzlich vorgesehenen Fällen ein Beitrag von CHF 15.– pro Tag erhoben.

4.6 Was geschieht bei Zahlungsverzug?

- a) **Prämien/Kostenbeteiligungen**
Zahlt eine versicherte Person fällige Prämien und Kostenbeteiligungen trotz Zahlungserinnerung nicht, so wird sie vom Versicherer gemahnt und es wird eine Nachfrist von 30 Tagen zur Zahlung eingeräumt. Beahlt die versicherte Person trotz Mahnung die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen nicht, leitet der Versicherer die Betreibung ein. Gleichzeitig benachrichtigt der Versicherer die zuständige kantonale Stelle. Für allfällige Prämienforderungen sind Verzugszinsen von 5 % zu leisten.
- b) **Mahnungen**
Die Mahnungen erfolgen schriftlich.
- c) **Kosten**
Die Kosten des Betreibungsverfahrens und andere Spesen können den säumigen Versicherten auferlegt werden. Bei einer Mahnung oder Betreibung kann eine Umtriebsentschädigung erhoben werden.
- d) **Wechsel des Versicherers**
Solange säumige Versicherte die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungskosten nicht vollständig bezahlt haben, können sie den Versicherer nicht wechseln.

5. Rechtspflege

5.1 Wann können Sie die Verfügung verlangen?

Versicherte Personen, die mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden sind, können eine Verfügung verlangen.

5.2 Wann kann Einsprache erhoben werden?

Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung beim Versicherer Einsprache erhoben werden.

5.3 An welche Gerichte können Sie gelangen?

Gegen Einspracheentscheide des Versicherers kann innert 30 Tagen beim kantonalen Versicherungsgericht am Wohnsitz der versicherten Person Beschwerde geführt werden. Das Versicherungsgericht kann auch angerufen werden, wenn der Versicherer entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt. Gegen Entscheide der Versicherungsgerichte steht innerhalb von 30 Tagen die Beschwerde an das Schweizerische Bundesgericht offen.

5.4 Wann sind Schiedsgerichte zuständig?

Für Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern einerseits und Versicherten oder Versicherern andererseits sind die kantonalen Schiedsgerichte zuständig. Ist das Honorar von der versicherten Person geschuldet, so vertritt der Versicherer die versicherte Person auf eigene Kosten.

6. Verschiedene Bestimmungen

6.1 Wer untersteht der Schweigepflicht?

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Visana-Gruppe unterstehen der Schweigepflicht gemäss dem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG). Der Datenschutz richtet sich nach dem KVG und dem ATSG.

6.2 Können Rückversicherungen abgeschlossen werden?

Der Versicherer schliesst Rückversicherungsverträge ab, soweit dies im Interesse der Versicherten steht und in der Verordnung über die Krankenversicherung vorgeschrieben ist.

6.3 Wann treten diese AVB in Kraft?

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 1.1.2017 in Kraft.

Sie können vom Versicherer jederzeit geändert werden.