Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)
Freiwillige Taggeldversicherung nach KVG (Cash-KVG)

Hinweis:
- Der Verzicht auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Schreibweise erfolgt aus Gründen der Lesbarkeit.

1. Grundlagen

1.1 Welche Rechtsgrundlagen gelten?
Rechtsgrundlagen der freiwilligen Taggeldversicherung sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie das geltende Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie deren Ausführungsbestimmungen.

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 Taggeldversicherung umfasst die Schweiz.

1.4 Wird die Kollektivversicherung angeboten?
Die Kollektivversicherung wird nicht angeboten.

2. Versicherungsverhältnis

2.1 Wer ist versichert?
Der Versicherer versichert natürliche Personen ab zurückgelegtem 15. Altersjahr bis zum vollendeten 65. Altersjahr, die im Tätigkeitsgebiet des Versicherers Wohnsitz haben oder erwerbstätig sind.
Am ersten Tag des der Vollendung des 65. Altersjahrs folgenden Monats erlischt die Versicherung.

2.2 Wie sind die Aufnahmebedingungen?
Jede Person hat einen schriftlichen Versicherungsantrag mit vollständigen und wahrheitsgetreuen Angaben über die Personalien, den Gesundheitszustand, bestehende Versicherungen sowie den Leistungsbezug persönlich zu unterzeichnen.
Der Antrag kann sieben Tage nach der Unterzeichnung mit eingeschriebenem Brief an den Hauptsitz des Versicherers widerrufen werden. Mit Absendung der Widerrufserklärung erlöschen sämtliche Rechte und Pflichten beider Parteien rückwirkend.
Bei handlungsunfähigen Personen ist die Unterschrift der gesetzlichen Vertretung erforderlich.
Der Versicherer kann eine ärztliche Aufnahmeuntersuchung anordnen und ärztliche Zeugnisse verlangen. Mit ihrem Versicherungsantrag ermächtigt die zu versichernde Person die von ihr beigezogenen Ärzte, Spitäler sowie medizinischen Hilfspersonen, des Versicherers bzw. seinen Vertrauensärzten die zur Beurteilung des Versicherungsantrages benötigten Auskünfte zu erteilen.

2.3 Führt der Versicherer eine Risikoprüfung durch?
Der Versicherer führt gestützt auf den Versicherungsantrag eine Risikoprüfung durch. Eine Risikoprüfung wird ferner auch bei Versicherungsänderungen oder bei nachträglich festgestellten, bei der Antragstellung verheimlichten Krankheiten und Unfallfolgen durchgeführt.

2.4 Können Versicherungsvorbehalte angebracht werden?
Krankheiten/Unfallfolgen, die bei Aufnahme bestehen oder erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können, werden mit einem Versicherungsvorbehalt belegt. Vorbehalte fallen nach fünf Jahren dahin. Die Versicherten können vor Ablauf dieser Frist den Nachweis erbringen, dass der Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.
Vorbehalte des bisherigen Versicherers werden weitergeführt, sofern der neue Versicherer keine neuen Vorbehalte anbringen darf (Freizügigkeitsfälle).

2.5 Wann können Versicherungsänderungen vorgenommen werden?
Versicherungsänderungen sind jederzeit möglich. Sie erfolgen nach denselben Bedingungen wie die Neuabschlüsse.

2.6 Wann beginnt die Versicherung?
Die Versicherung beginnt frühestens am Tag der Unterzeichnung des Versicherungsantrages. Ein rückwirkender Versicherungsbeginn ist nicht möglich. Ist der Versicherungsbeginn nicht der Tag der Antragsunterzeichnung, so beginnt die Versicherung am Ersten eines Folgemonats.

2.7 Wann endet die Versicherung?
Die Versicherung endet durch:
a) Rechtsgültige Kündigung
Die Kündigung ist unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten auf Ende eines Kalendersemesters möglich. Die Kündigung ist nur gültig, wenn sie dem Versicherer termingerecht, d.h. spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist zugekommen ist.
b) Tod der versicherten Person
c) Aufgabe des Wohnsitzes oder der Erwerbstätigkeit im Tätigkeitsgebiet des Versicherers
d) Erschöpfung der Leistungspflicht
e) Erreichen des Höchstalters
f) Ausschluss
Aus wichtigen Gründen können Versicherte von der Versicherung ausgeschlossen werden. Wichtige Gründe liegen vor bei Versicherungsmissbrauch sowie schwerer Verletzung von Pflichten gegenüber dem Versicherer. Der Ausschluss erfolgt rechtsgültig in Form einer Verfügung.

2.8 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 dem Versicherer zu melden.

d) Verletzung von Meldepflichten
Nachteile, welche sich aus der Verletzung von Meldepflichten ergeben, gehen zulasten der Versicherten.

2.9 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?
Die Taggeldversicherung kann wie folgt abgeschlossen werden:
- Krankheit (inkl. Mutterschaft)
- Krankheit (inkl. Mutterschaft) und Unfall

3.2 Wie sieht der Leistungsumfang aus?
Es kann ein um je CHF 1.– abgestuftes Taggeld von CHF 5.– bis CHF 30.– versichert werden. Die Mindestwartefrist beträgt 3 Tage. Folgende weitere Wartefristen sind möglich: 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180, 270 und 360 Tage.
Das Mindesttaggeld beträgt:
CHF 5.– bei einer Wartefrist von 3, 14, 21 und 30 Tagen
CHF 10.– bei einer Wartefrist von 60 Tagen
CHF 15.– bei einer Wartefrist von 90 und 120 Tagen
CHF 20.– bei einer Wartefrist von 150 und mehr Tagen
Das Höchsttaggeld beträgt für alle Wartefristen zusammen CHF 30.–. Die Leistungen werden jedoch wegen Überentschädigung gekürzt, soweit das Taggeld ohne Nachweis von Mehrauslagen für die ganze Dauer der versicherten Arbeitsunfähigkeit den Erwerbsausfall der versicherten Person übersteigt. Insgesamt können drei Wartefristvarianten geführt werden.

3.3 Wie wird die Wartefrist berechnet?
Die Wartefrist beginnt grundsätzlich bei jedem neuen Fall von vorne an zu laufen. Handelt es sich jedoch um den gleichen Fall, so werden die Tage der letzten Arbeitsunfähigkeit an die Wartefrist angerechnet, sofern der Unterbruch nicht mehr als drei Monate dauert. Der Versicherer kann in Härtefällen Ausnahmen bewilligen.

3.4 Welchen Leistungsanspruch haben Sie?
Die Arbeitsunfähigkeit der für Taggeld versicherten Personen wird durch den Arzt oder Chiropraktor bescheinigt. Ab 50 %iger Arbeitsunfähigkeit haben die Versicherten Anspruch auf Taggeldleistungen. Die Leistungen werden entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit bemessen. Ab 75 %iger Arbeitsunfähigkeit werden die Leistungen zu 100 % ausgerichtet.

3.5 Was gilt bei Freizügigkeit?
In Freizügigkeitsfällen werden die beim bisherigen Versicherer bezogenen Taggelder auf die Bezugsdauer angerechnet.

3.6 Wann beginnt der Leistungsanspruch?
Der Leistungsanspruch beginnt frühestens am Tag des Versicherungsbeginns.

3.7 Wie lange ist die Leistungsdauer?
Das Taggeld wird für ein oder mehrere Ereignisse (Krankheiten/Unfälle) solange ausgerichtet, bis die versicherte Person innerhalb der vom jeweiligen Kalendertag zurückzurechnenden Zeitspanne von 900 Tagen während 720 Tagen Leistungen bezogen hat.
Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während derselben Dauer geleistet. Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten.
Bei Kürzung der Taggeldleistungen wegen Überentschädigung hat die versicherte Person Anspruch auf den Gegenwert von 720 Taggeldern. Dieser Anspruch richtet sich nach dem Grad der Arbeitsunfähigkeit.
Die versicherte Person darf die Erschöpfung der Leistungsdauer nicht dadurch aufhalten, dass sie vor der ärztlich bescheinigten Beendigung der Arbeitsunfähigkeit auf die Taggeldleistungen verzichtet.

3.8 Welche Leistungen werden bei Mutterschaft entrichtet?
Bei Mutterschaft wird das Taggeld ausgerichtet, wenn die Versicherte bis zur Niederkunft während mindestens 270 Tagen und ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten versichert war. Fällt die Geburt in die Karenzfrist, so werden die versicherten Leistungen nur erbracht, wenn der ärztlich errechnete und bescheinigte Geburtstermin die Karenzfrist einhält. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die Freizügigkeit (Art. 70 KVG «Wechsel des Versicherers»).
Sind die Voraussetzungen erfüllt, gewährt der Versicherer unter Berücksichtigung der Wartefrist das versicherte Taggeld während 16 Wochen. Von diesen 16 Wochen müssen mindestens acht auf die Zeit nach der Niederkunft fallen. Der Versicherten steht die Wahl frei, wie sie die Bezugsdauer in diesem Rahmen auf die Zeit vor und nach der Niederkunft aufteilen will. Die Mutterschaftsleistungen werden nicht an die Bezugsdauer der abgeschlossenen Taggeldversicherung angerechnet.

3.9 Welcher Anspruch gilt bei Arbeitslosigkeit?
Der Taggeldanspruch bei Arbeitslosigkeit richtet sich nach dem Gesetz (Art. 73 KVG).

3.10 Wie machen Sie die Leistungen geltend?
Krankheiten und Unfälle sind dem Versicherer innert einer Woche nach Ablauf der Wartefrist zu melden.
Erfolgt die Meldung nach Ablauf der Meldefrist, so sind die Leistungen erst ab dem Meldetag geschuldet. Ist die verspätete Meldung auf wichtige, entschuldbare Gründe zurückzuführen, so anerkennt der Versicherer den Leistungsbeginn bis höchstens ein halbes Jahr vor dem Meldetag.
Ist eine erkrankte versicherte Person zuerst noch arbeitsfähig und wird sie erst im Laufe der Krankheit und/oder bei Unfall zu mindestens 50 % arbeitsunfähig, so hat sie den Versicherer über den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit sofort in Kenntnis zu setzen.
Dem Versicherer sind alle für die Leistungserbringung erforderlichen Angaben, insbesondere Nennung des Behandlungsgrundes (Diagnose) und Arztbesuche (Kalendarium), zu machen. Beim Fehlen der Angaben oder der Verweigerung von angeordneten Massnahmen können die Leistungen verweigert werden.
Die Versicherten sind verpflichtet, im Rahmen der Leistungsabklärungen den vertrauensärztlichen Dienst zu unterstützen und die behandelnden Ärzte vom Patientengeheimnis zu entbinden.

3.11 Wo gilt die Versicherung?
Die Leistungen werden für Arbeitsunfähigkeiten in der Schweiz und in den EU-/EFTA-Staaten erbracht. Bei einem Auslandaufenthalt in einem Staat, der nicht der EU oder EFTA angehört, werden nur Taggeldleistungen erbracht, wenn ein Spitalaufenthalt medizinisch notwendig ist und nur so lange, wie die Rückkehr ins Wohnland nicht möglich ist.

3.12 Wann werden Leistungen gekürzt oder verweigert?
Hat die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert, so können die Lei-

stungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schweren Fällen verweigert werden.
Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung, die eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Die versicherte Person wird vom Versicherer vorher schriftlich gemahnt und auf diese Rechtsfolgen hingewiesen.

3.13 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.

3.14 Können Sie Ansprüche gegenüber dem Versicherer abtreten oder verpfänden?
Die Abtretung von Ansprüchen gegenüber dem Versicherer ist ohne dessen Zustimmung nicht gestattet.

3.15 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 Leistungsverzichtserklärungen 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, verliert die versicherte Person ihre Leistungsansprüche. Irrtümlich ausgerichtete Leistungen sind zurückzuerstatten.

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.

3.16 Wann müssen Sie Leistungen zurückerstatten?
Zu Unrecht oder irrtümlich erbrachte Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten. Der Versicherer hat das Recht, Rückerstattungsansprüche mit Ansprüchen der Versicherten zu verrechnen.

3.17 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.

3.18 Übergangsbestimmungen für Verträge mit Vertragsbeginn vor 1. Januar 2022
Für Versicherungsverträge mit Vertragsbeginn vor 1. Januar 2022 gelten die folgenden Übergangsbestimmungen:

Versichertes Taggeld und Wartefrist
Weicht die Höhe des versicherten Taggeldes oder die vereinbarte Wartefrist von den Bestimmungen der vorliegenden Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) ab, so gelten die ursprünglich vereinbarten Leistungen. Massgebend sind die Werte gemäss Police.
Bei Vereinbarung einer neuen Taggeldhöhe oder einer neuen Wartefrist gelten ausschliesslich die Bestimmungen dieser vorliegenden AVB.

Leistungsbeginn
Der Leistungsanspruch beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist wird innerhalb von 360 Tagen nur einmal berechnet.

Leistungsdauer
Das Taggeld wird während höchstens 1080 innerhalb von 1260 aufeinander folgenden Tagen ausgerichtet. Die Wartefrist wird nicht von der Leistungsdauer abgezogen.
Ist die maximale Leistungsdauer erreicht, fällt die Erwerbsausfallversicherung dahin. Der Versicherte darf nicht durch Verzicht auf Taggeldleistungen die Erschöpfung der Leistungsdauer verhindern.
Bei einer versicherten Taggeldhöhe von mehr als CHF 20.– wird im AHV-Alter das Taggeld für Erwerbsausfall noch während maximal 180 Tagen innerhalb von 720 aufeinanderfolgenden Tagen gewährt. Sind diese 180 Tage aufgebraucht, wird die versicherte Leistung auf höchstens CHF 20.– pro Tag mit einer Wartefrist von mindestens 30 Tagen reduziert und es werden nur noch anderweitig nicht gedeckte, krankheits- oder unfallbedingte Kosten übernommen.

Teilweise Arbeitsunfähigkeit
Bei ärztlich bestätigter teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% wird das Taggeld anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet.
Bei Kürzung des Taggeldes infolge Überentschädigung hat die versicherte Person Anspruch auf den Gegenwert von 1080 vollen Taggeldern. Die Fristen für den Bezug des Taggeldes verlängern sich entsprechend der Kürzung.

Höchstalter
Entgegen den Bestimmungen gemäss Artikel 2.1 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen kann die Versicherung auch nach Erreichen des Höchstalters weitergeführt werden.

4. Prämien und Kostenbeteiligungen

4.1 Welche Prämien müssen Sie bezahlen?
Die für Sie gültige Prämie nach Eintrittsalterstarif, welche für mindestens einen Monat im Voraus zu bezahlen ist, entnehmen Sie Ihrer Police. 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 (Eintrittsalterstarif). Die Prämien sind nach den Altersgruppen und Wartefristen abgestuft.

4.4 Was geschieht bei Zahlungsverzug?

a) Prämien
Nicht fristgerecht bezahlte Prämien werden vom Versicherer gemahnt. Ist die versicherte Person mehr als 90 Tage seit Ablauf der Zahlungsfrist im Rückstand, so wird die

Leistungsberechtigung eingestellt bis zur vollständigen Zahlung aller Rückstände.

b) Mahnungen
Die Mahnungen erfolgen schriftlich. Ihnen gleichgestellt ist die Vorweisung einer Nachnahme.

c) Verzugszinsen
Der Versicherer hat das Recht, für fällige Prämienforderungen Verzugszinsen von 5 % zu verlangen.

d) Kosten
Spesen sowie Mahnungs- und Betreibungskosten werden den säumigen Versicherten auferlegt.

e) Verrechnung
Ausstehende Prämien können mit Ansprüchen der Versicherten verrechnet werden.

5. Rechtspflege

5.1 Wann können Sie eine Verfügung verlangen?

Versicherte Personen, die mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden sind, können eine einsprachefähige 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 Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. 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 Bundesgericht offen.

6. Verschiedene Bestimmungen

6.1 Wer untersteht der Schweigepflicht?

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Visana-Gruppe unterstehen der Schweigepflicht gemäss ATSG.

6.2 Können Rückversicherungen abgeschlossen werden?

Der Versicherer schliesst Rückversicherungsverträge ab, soweit dies im Interesse der Versicherten steht.

6.3 Wann treten diese AVB in Kraft?

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 1.1.2022 in Kraft.
Sie können vom Versicherer jederzeit geändert werden und ersetzen alle früheren Versionen.