

Kranken- und Unfallkasse  
Einsiedeln



Hauptstrasse 61  
Postfach 57  
8840 Einsiedeln

Telefon 055 412 23 18  
info@kkeinsiedeln.ch  
www.kkeinsiedeln.ch

Versicherungsbedingungen  
Obligatorische Krankenpflegeversicherung  
Krankenversicherungsgesetz (KVG)  
Ausgabe 2014

## REIHENFOLGE

Diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen gehen Rechtsregeln in folgender Reihenfolge vor:

1. Bundesrecht
2. Kantonales Recht
3. Statuten
4. Tarifverträge
5. Soweit im Taggeldreglement/KVG nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## VERSICHERTE PERSONEN

### Art. 2 Aufnahme

1. Jede Person, die ihren Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet der Kasse hat, ist berechtigt, in die Krankenversicherung einzutreten bzw. Antrag auf Abschluss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und einer Taggeldversicherung zu stellen.
2. Die antragstellende Person hat das von der Kasse zur Verfügung gestellte Antrags- und Frageformular vollständig und wahrheitsgemäss auszufüllen.

## 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 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, unentschuldigtem Beitritt nach Art. 5 Abs. 2 KVG entspricht höchstens 5 Jahre. Der Prämienzuschlag beträgt 30 bis 50 Prozent der Prämie und wird als Zuschlag zu den monatlichen Prämien erhoben. Die Krankenversicherung setzt den Zuschlag nach der finanziellen Lage des Versicherten fest. Hat die Zahlung des Prämienzuschlages eine Notlage für die versicherte Person zur Folge, setzt die Krankenversicherung einen Zuschlag von weniger als 30 Prozent fest.
3. Die Versicherungspflicht wird sistiert für Personen, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG) unterstellt sind. Der Versicherte hat der Kasse einen Nachweis über die tatsächliche Dauer der Unterstellung zu erbringen. Die für die Dauer der Sistierung bezahlten Prämien werden von der Kasse zurückbezahlt.
4. Die Krankenversicherung meldet den zuständigen kantonalen Behörden diejenigen Personen, deren Versicherungspflicht sistiert worden ist und informiert über die Dauer der Sistierung.

### Art. 4 Ende der Versicherung

Die Versicherung erlischt:

1. bei Ableben
2. durch Wechsel des Versicherers
3. durch Ausschluss in der Taggeldversicherung
4. bei Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet mit entsprechendem Nachweis des neuen Versicherers

## Art. 5 Wechsel der Versicherung

1. Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist die Krankenversicherung auf Ende eines Kalendersemesters wechseln. Vorbehalten bleiben die speziellen Regelungen für die Versicherungen mit wählbaren Franchisen.
2. Bei Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Die Krankenversicherung muss die neuen Prämien mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, die Krankenversicherung zu wechseln, hinweisen.
3. Muss die versicherte Person die Krankenversicherung verlassen, weil sie ihren Wohnort verlegt oder die Stelle wechselt, so endet das Versicherungsverhältnis spätestens auf den 1. des folgenden Monats.
4. Führt die Krankenversicherung 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 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 die Krankenversicherung die Mitteilung erhalten hat, informiert sie die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihr 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 Krankenversicherung 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 Unfallddeckung nach dem UVG ganz oder teilweise aufhört.
3. Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei der sozialen Versicherung versichert waren.
4. Die Krankenversicherung hat die versicherte Person bei ihrem Beitritt zur sozialen Krankenversicherung schriftlich auf ihre Pflicht nach Art. 8 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 die Arbeitslosenversicherung ihrem Versicherer nach KVG zu melden hat. Die gleiche Pflicht trifft die Arbeitslosenversicherung, wenn der Anspruch auf Leistung ihr gegenüber erlischt und die betreffende Person kein neues Arbeitsverhältnis eingeht.
6. Hat die versicherte Person ihre Pflicht nach Absatz 5 nicht erfüllt, so kann die Krankenversicherung von ihr den Prämienanteil für die Unfallddeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfallddeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem die Krankenversicherung davon Kenntnis erhält, verlangen. Hat der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung die Pflicht nach Abs. 5 nicht erfüllt, so kann die Krankenversicherung die gleichen Forderungen geltend machen.

### Art. 7 Wegfall von Ansprüchen

1. Ausgetretene Versicherte haben keine Ansprüche an das Kassenvermögen. Vorbehalten bleiben ausstehende Leistungen.

## Art. 8 Kürzung der Versicherungsleistungen

1. Bei vorsätzlicher Herbeiführung eines Versicherungsfalles kann die Krankenversicherung ihre Taggeldversicherung gemäss Artikel 21 ATSG kürzen oder in Fällen von besonderer Schwere gänzlich verweigern.

## BEITRAGSRECHT

### Art. 9 Prämien

1. Die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung werden nach Regionen und Altersgruppen (Art. 10) festgesetzt
2. Die Versicherten haben die Beiträge in gesunden und kranken Tagen im Voraus und in der Regel monatlich zu entrichten. Die Krankenversicherung kann ein Skonto gewähren, wenn die Prämien im Voraus pro Quartal, Halbjahr oder Jahr bezahlt werden.
3. Die Krankenversicherung kann den säumigen Personen unter der Voraussetzung einer schuldhaften Verursachung Bearbeitungsgebühren (CHF 15.00) in Rechnung stellen. Die Betreuungskosten sind bei erfolgreicher Betreuung von Gesetzes wegen vom Schuldner zu übernehmen.
4. Beginnt oder endet das Versicherungsverhältnis im Laufe eines Kalendermonats, so sind die Prämien für den ganzen Kalendermonat zu entrichten.
5. Die Krankenversicherung kann die Prämien für besondere Versicherungsformen nach Art. 62 KVG vermindern.

### Art. 10 Altersgruppen

Es bestehen folgende Altersgruppen

Altersgruppe 1	Kinder	0 bis 18 Jahre
Altersgruppe 2	Jugendliche	19 bis 25 Jahre
Altersgruppe 3	Erwachsene	ab 26. Altersjahr

Auf den 1. Januar nach dem vollendeten 18. Altersjahr werden Kinder zu den Jugendlichen bzw. Jugendliche werden auf den 1. Januar nach dem vollendeten 25. Altersjahr zu den Erwachsenen umgeteilt.

### Art. 11 Kostenbeteiligung

1. Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.
2. Die ordentliche Kostenbeteiligung besteht aus:
  - a) einem festen Jahresbetrag (Franchise) deren Höhe vom Gesetzgeber festgelegt wird; und
  - b) einem Selbstbehalt der die Franchise übersteigenden Kosten. Der Prozentsatz sowie der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts werden vom Gesetzgeber festgelegt.
3. Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.
4. Bei Wechsel des Versicherers im Verlaufe eines Kalenderjahrs rechnet der neue Versicherer die in diesem Jahr bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an.
5. Für Kinder wird keine Franchise erhoben, es kann eine Franchise vereinbart werden 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 Selbstbehalts für eine erwachsene Person zu entrichten.

Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital nach Art. 64 Abs. 5 KVG wird vom Gesetzgeber festgelegt.

Keinen Beitrag haben zu entrichten:

- a) Kinder nach Artikel 61 Absatz 3 des Gesetzes;
- b) junge Erwachsene nach Artikel 61 Absatz 3 des Gesetzes, die in Ausbildung sind;

c) Frauen, bei denen die Kostenbeteiligung nach Artikel 64 Absatz 7 KVG entfällt.

6. Keine Kostenbeteiligung wird erhoben bei den besonderen Leistungen bei Mutterschaft, sowie bei den Allgemeinen 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 Innern 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. Der Versicherte kann gegen eine Reduktion der Prämie eine höhere Franchise wählen.
9. Die wählbare Franchise und die höchstmöglichen Rabattsätze werden vom Gesetzgeber festgelegt.
10. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich. Bei Prämienanpassungen unter dem Jahr kann ein Wechsel zu einem anderen Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht, erfolgen.

Bei einem unterjährigen Wechsel gemäss Art. 7, Abs. 1 bis 4 KVG behält der Versicherte die beim bisherigen Versicherer gewählte Franchise, sofern der übernehmende Versicherer diese Versicherungsform führt. Der neue Versicherer rechnet 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 den Versicherten.

## MITWIRKUNGSPFLICHTEN

### Art. 12 Allgemeines

1. Der Antragsteller oder dessen gesetzlicher Vertreter muss im Bereich der Taggeldversicherung nach KVG den von der Kasse zur Verfügung gestellten Antrag vollständig und wahrheitsgetreu ausfüllen. Dies betrifft insbesondere die Fragen nach bestehenden gesundheitlichen Risiken. Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung hat er die für die Aufnahme und Prämienfestsetzung erforderlichen Angaben gemäss Antragsformular zu machen. Zur Abklärung einer allfälligen Überentschädigung, zur Abklärung einer Anzeigepflichtverletzung in der Taggeldversicherung nach KVG sowie zur Regressnahme auf Dritte hat er zudem im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen.
2. Der Aufnahmebewerber bzw. der Versicherte muss sich im Bereich der Taggeldversicherung weiteren von der Kasse angeordneten Abklärungsmassnahmen unterziehen, insbesondere zumutbaren medizinischen Untersuchungen, die der Diagnose und der Bestimmung der Leistung dienen. Unzumutbar sind medizinische Massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit des Versicherten darstellen.
3. Die Krankenversicherung kann auf ihre Kosten von Medizinalpersonen und anderen Fachleuten Gutachten einholen, insbesondere über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten.

### Art. 13 Meldepflichten

1. Der Versicherte hat Unfälle, die nicht bei einem UVG-Versicherer oder bei der Militärversicherung angemeldet sind, der Kasse 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. Adress- und Namensänderungen sowie Todesfälle sind der Kasse innert 10 Tagen schriftlich mitzuteilen.
  3. Badekurverordnungen sind der Kasse drei Wochen vor Antritt der Badekur zur Prüfung zuzustellen, ausgenommen in Fällen, wo die Kur innert 14 Tagen nach einem Akutspitalaufenthalt angetreten wird.

## LEISTUNGSBEREICH

### Art. 14 Versicherungsabteilungen

1. Die Krankenversicherung führt nach Massgabe dieser AVB und gemäss besonderen Reglementen folgende Versicherungsabteilungen:
  - a) Obligatorische Krankenpflegeversicherung
  - b) Taggeldversicherung nach KVG
  - c) Die Krankenversicherung behält sich im Übrigen vor, einen Versicherungszweig mit beschränkter Wahl der Leistungserbringer zu eröffnen.
  - d) Im Bereich der wählbaren Franchise ist zudem Art. 11 Abs. 9 AVB zu beachten.
  - e) Weitere (Art. 62 KVG)

### Art. 15 Unfälle

1. Die Krankenversicherung 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, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.
3. Leistungen werden bei Unfällen gewährt, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt.
4. Die Unfallddeckung ruht nach Massgabe von Art. 6 AVB.

### Art. 16 Überentschädigung

1. Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Personen führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des schädigenden Ereignisses gewährt werden.
2. Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst, zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen.
3. Die Leistungen werden um den Betrag der Überentschädigung gekürzt. Von einer Kürzung ausgeschlossen sind die Renten der Alters- und Hinterlassenenversicherung und der Invalidenversicherung sowie alle Hilflosen- und Integritätsentschädigungen. Bei Kapitalleistungen wird der Rentenwert berücksichtigt.

## VERSCHIEDENE BESTIMMUNGEN

### Art. 17 Abrechnung der Schadenfälle

1. Soweit die Krankenversicherung auf vertraglicher oder freiwilliger Basis gegenüber Rechnungsstellern Kostengutsprachen oder Garantien abgegeben hat, rechnet die – vorbehalten anders lautende Regelung in den Tarifverträgen – direkt mit dem Versicherten ab.

### Art. 18 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. 19 Abtretungen

1. Der Anspruch auf Leistungen ist gemäss Art. 22 Abs. 1 ATSG weder abtretbar noch verpfändbar. Abweichend davon können gemäss Art. 42 Abs. 1 KVG Ansprüche an Leistungserbringer abgetreten werden.

### Art. 20 Verfügung

1. Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat die Krankenversicherung auf Verlangen hin eine schriftliche Verfügung zu erlassen.
2. Dem Begehren um Erlass einer Feststellungsverfügung ist zu entsprechen, wenn die gesuchstellende Person ein schützenswertes Interesse glaubhaft macht.
3. Die Verfügungen werden mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Sie sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen. Aus einer mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf der betroffenen Person kein Nachteil erwachsen.
4. Wird die Leistungspflicht eines anderen Versicherungsträgers berührt, so eröffnet die Krankenversicherung auch ihm gegenüber die Verfügung. Dieser kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person.

### Art. 21 Akteneinsicht

1. Die Akten stehen gemäss Art. 47 ATSG den Berechtigten zur Einsicht offen, sofern überwiegende Privatinteressen des Versicherten gewahrt bleiben.

### Art. 22 Einsprache

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

### Art. 23 Verwaltungsgerichtsbeschwerde

1. Gegen Einspracheentscheide kann Verwaltungsgerichtsbeschwerde innert 30 Tagen nach der Eröffnung des Einspracheentscheides erhoben werden. Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. 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, mit Versicherten oder mit Dritten zuständig ist.
2. Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn die Krankenversicherung entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

### Art. 24 Schlussbestimmungen

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 1.3.2014 in Kraft.