

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB-KVG) der KRANKENKASSE SLKK mit Sitz in Zürich

### AVB-KVG

#### Inhaltsverzeichnis

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

### I. Geltendes Recht

AVB/E und ab 1. Januar 1997 dem Versicherungsvertragsgesetz unterstellt sind.

#### Art. 1 Reihenfolge

1. Diesen AVB gehen Rechtsregeln in folgender Reihenfolge vor:
  - 1.1 Bundesrecht
  - 1.2 Kantonales Recht
  - 1.3 Kommunales Recht
  - 1.4 Statuten
  - 1.5 Tarifverträge
2. Soweit im Taggeldreglement nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten diese AVB.
3. Diese AVB gelten nicht für die UVG-Versicherung sowie deren Ergänzungs- und Zusatzvereinbarungen, sofern nicht ausdrücklich darauf verwiesen wird. Sie gelten ferner nicht für Zusatzversicherungen, welche bis 31. Dezember 1996 noch den alten

### II. Versicherte Personen

#### Art. 2 Aufnahme

1. Jede Person, die Ihren Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet der Krankenkasse hat, ist berechtigt, in die Krankenkasse einzutreten bzw. Antrag auf Abschluss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und einer Taggeldversicherung zu stellen. Vorbehalten bleiben Ausnahmen von der Versicherungspflicht sowie die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf Personen im Ausland im Sinne von Art. 1-6 KVV.

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

### III. Beginn, Ende und Ruhen der Versicherung

#### Art. 3 Beginn der Versicherungen

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 Krankenkasse. Vorbehalten bleiben die Regelungen für Personen im Sinne von Art. 3 Abs. 2 und 3 KVG.
2. Die Erhebungsdauer für den Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt nach Art. 5 Abs. 2 des Gesetzes entspricht der doppelten Dauer der Verspätung. Der Prämienzuschlag beträgt 30 bis 50 Prozent der Prämie. Die Krankenkasse setzt den Zuschlag nach der finanziellen Lage des Versicherten fest. Hat die Zahlung des Prämienzuschlages eine Notlage für den Versicherten zur Folge, setzt die Krankenkasse einen Zuschlag von weniger als 30 Prozent fest.

#### Art. 4 Ende der Versicherung

Die Versicherung erlischt:

- 1.1 Bei Ableben
- 1.2 Durch Wechsel des Versicherers
- 1.3 In der Taggeldversicherung durch Ausschluss
- 1.4 Durch Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet

#### Art. 5 Wechsel des Versicherers

1. Versicherte, die keine besondere Versicherungsform abgeschlossen haben, können die Krankenkasse nach Art. 7 Abs. 1 KVG auf das Ende eines Kalendersemesters, unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist, wechseln.
2. Bei jeder Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Krankenkasse unter

Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat seit Ankündigung der Prämienanpassung auf das Ende eines Monats wechseln. Die Krankenkasse muss Prämienanpassungen mindestens zwei Monate im Voraus ankündigen und dabei auf das Recht, die Krankenkasse zu wechseln, hinweisen (Art. 7 Abs. 2 KVG).

3. Muss die versicherte Person die Krankenkasse 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 die Krankenkasse 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 Krankenkasse 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. 6 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 Krankenkasse 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. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei ihr versichert waren.
4. Die Deckung für Unfälle kann auf Antrag der versicherten Person sistiert werden, wenn diese den Nachweis erbringt, dass sie für dieses Risiko nach dem Unfallversicherungsgesetz vom 20.03.1981 voll gedeckt ist. Die Prämie wird

entsprechend herabgesetzt. Jede versicherte Person wird bei ihrem Beitritt zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf dieses Sistierungsrecht gem Art. 8 aufmerksam gemacht.

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 Leistungen ihr gegenüber erlischt und die betreffende Person kein neues Arbeitsverhältnis eingeht.
6. Hat die versicherte Person ihre Pflicht nach Abs. 5 nicht erfüllt, so kann die Krankenkasse von ihr den Prämienanteil für die Unfaldeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfaldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem die Krankenkasse davon Kenntnis erhält, verlangen. Hat der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung die Pflicht nach Abs. 5 nicht erfüllt, so kann die Krankenkasse die gleichen Forderungen ihnen gegenüber, geltend machen (Art. 10 Abs. 2 KVG).

#### **Art. 7 Sistierung der Versicherungspflicht**

1. Die Versicherungspflicht für die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird sistiert für Personen, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG) unterstellt sind. Die Sistierung der Versicherungspflicht beginnt am Tag, an dem die versicherte Person dem MVG unterstellt wird.
2. Die versicherte Person ist ab Beginn der Unterstellung unter die Militärversicherung von der Prämienzahlung befreit, wenn sie die Unterstellung mindestens acht Wochen vor deren Beginn ihrem Versicherer meldet. Hält sie diese Frist nicht ein, so erhebt die SLKK ab dem nächsten ihr möglichen Termin, spätestens aber acht Wochen nach der Meldung keine Prämie mehr.
3. Falls trotz der Sistierung Prämien bezahlt werden, rechnet die SLKK diese an später fällige Prämien an oder erstattet sie zurück.

## **IV. Beitragsrecht**

### **Art. 8 Beiträge (Prämien)**

1. Die Höhe der Beiträge wird nach Lebensalter, Kantonen und Regionen abgestuft. Bei Jugendlichen bis zum vollendeten 25. Altersjahr gelangt eine gegenüber den Erwachsenen tiefere Prämie zur Anwendung.
2. Die Versicherten haben die Beiträge in gesunden und kranken Tagen in der Regel monatlich im Voraus zu entrichten (KVV Art. 90)
3. Beginnt oder endet das Versicherungsverhältnis im Laufe eines Kalendermonats, so sind die Prämien für den ganzen Kalendermonat zu entrichten.
4. Die Krankenkasse kann die Prämien für besondere Versicherungsformen nach Art. 62 KVG vermindern.

### **Art. 9 Altersstufen**

1. Es bestehen folgende Altersstufen
  - Altersstufe 1: Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr
  - Altersstufe 2: Versicherte vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr
  - Altersstufe 3: Versicherte ab dem 26. Altersjahr
2. Beitragsrechtlich ist das tatsächliche Alter massgebend.
3. Mit dem vollendeten 18. Altersjahr werden Kinder zu den Erwachsenen, Altersstufe 3 umgeteilt. Wer eine Umteilung in die Altersstufe 2 beantragt, hat einen entsprechenden Antrag mit Beleg über den Ausbildungsgang zu stellen. Der Antrag ist der Krankenkasse bis spätestens 60 Tage vor Vollendung des 18. Altersjahres einzureichen, ansonsten automatisch die Umteilung in die Altersstufe 3 erfolgt. Bei später eingereichten Anträgen auf Umteilung in die Altersstufe 2 erfolgt die Umteilung innert 90 Tagen nach Eingang des begründeten Antrages.

### **Art. 10 Kostenbeteiligung**

1. Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.
2. Die ordentliche Kostenbeteiligung besteht aus einem festen Jahresbeitrag (Franchise), dessen Höhe vom Bundesrat festgelegt wird; und zehn Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten

(Selbstbehalt). Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts richtet sich nach den vom Bundesrat festgelegten Ansätzen.

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 Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder einer Familie bei der Krankenkasse versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.
5. Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital nach Art. 64 Abs. 5 KVG beträgt Fr. 10.-. Gemäss Art. 104 Abs. 2 lit. c KVV haben folgende Versicherte keinen Beitrag zu entrichten:
  - a. Versicherte, welche mit einer oder mehreren Personen, mit denen sie in einer familienrechtlichen Beziehung stehen, in gemeinsamem Haushalt leben;
  - b. Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.
  - c. Versicherte nach Art. 103 Abs. 6 KVV
6. Auf den Leistungen bei Mutterschaft wird generell keine Kostenbeteiligung erhoben.
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 eine höhere Franchise wählen, wofür sie eine Prämienreduktion erhält. Die Ansätze für die wählbaren Franchisen und die entsprechenden Prämienreduktionen ergeben sich aus der jeweils gültigen bundesrätlichen Verordnung und aus dem Prämientarif.

## V. Mitwirkungspflichten

### Art. 11 Allgemeines

1. Der Aufnahmebewerber bzw. 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 Gesundheitsstörungen 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 (Art. 28 und 43 ATSG).
2. Der Aufnahmebewerber bzw. der Versicherte muss sich im Bereich der Taggeldversicherung weiteren von der Krankenkasse 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 des Versicherten darstellen.
3. Die Krankenkasse kann auf ihre Kosten von Medizinalpersonen und anderen Fachleuten Gutachten einholen, insbesondere über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten.

### Art. 12 Meldepflichten

1. Der Versicherte hat Unfälle, die nicht bei einem UVG-Versicherer oder bei der Militärversicherung angemeldet sind, seinem Krankenversicherer 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. Der Versicherte ist verpflichtet, jeden durch die Krankenkasse vergütungspflichtigen Krankheitsfall der Krankenkasse innert fünf Tagen anzuzeigen.

3. Adress- und Namensänderungen sowie Todesfälle sind der Krankenkasse innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.
4. Badekurverordnungen, gemäss Art. 25 lit. C KVG, sind der Krankenkasse 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. 13 Versicherungsabteilungen

1. Die Krankenkasse führt nach Massgabe dieser AVB und gemäss besonderen Reglementen folgende Versicherungsabteilungen:
  - 1.1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung
  - 1.2 Taggeldversicherung
  - 1.3 weitere (Art. 62 KVG)
2. Die SLKK VERSICHERUNGEN bieten im Bereich der Zusatzversicherung, gemäss separaten AVB und Reglementen folgende Versicherungsabteilungen:
  - 2.1 Kombinierte Spital-Zusatzversicherungen
  - 2.2 Weitere Spitalversicherungen
  - 2.3 Superflex
  - 2.4 Medico-plus
  - 2.5 Zahnpflegeversicherung
3. Sie vermittelt im Weiteren gemäss den speziellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Nationale Suisse-Versicherungen:
  - 3.1 Kapitalleistungen bei Tod und Invalidität durch Unfall
  - 3.2 Ferien- und Reiseversicherung
4. Die Krankenkasse kann weitere Versicherungen vermitteln.
5. Für die vermittelten Versicherungen haftet die Krankenkasse nicht.

### Art. 14 Unfälle

1. Die Krankenkasse übernimmt für Versicherte, die gemäss KVG gegen Unfall versichert sind, 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, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. (Art. 4 ATSG)

3. Unfälle, für die eine andere Unfallversicherung aufzukommen hat, sind jedoch von der Deckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ausgeschlossen.
4. Die Unfalldeckung ruht nach Massgabe von Art. 6 AVB.

### Art. 15 Überentschädigung

1. Die Leistungen der Krankenversicherung oder deren Zusammentreffen mit denjenigen anderer Sozialversicherungen dürfen nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Personen 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 (Art. 69 ATSG)
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 ungedeckte Krankheitskosten;
  - c. den der versicherten Person durch den Versicherungsfall mutmasslich entgangenen Verdienst oder der Wert der ihr verunmöglichten Arbeitsleistung.

## VII. Verschiedene Bestimmungen

### Art. 16 Abrechnung der Schadenfälle

Soweit die Krankenkasse 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. 17 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. 18 Verfügung**

1. Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid der Krankenkasse betreffend die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder die freiwillige Taggeldversicherung nicht einverstanden, so kann sie verlangen, dass diese innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche Verfügung erlässt.
2. Die Krankenkasse 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 ihrer Angehörigen sowie überwiegende öffentliche Interessen sind zu wahren.

Für die KRANKENKASSE SLKK

Der Präsident: Ulrich Müller

#### **Art. 20 Einsprache**

Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung bei der Krankenkasse 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 Krankenkasse entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

#### **Art. 22 Schlussbestimmungen**

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) wurden vom Vorstand der KRANKENKASSE SLKK und dem BAG im Januar 09 gutgeheissen. Sie treten am 1. Februar 2009 in Kraft.

Der Aktuar: Ulrich Friedländer

---

#### **Postadresse:**

KRANKENKASSE SLKK  
Postfach 5746  
8050 Zürich

#### **Domiziladresse:**

Hofwiesenstrasse 370  
8050 Zürich

#### **Telefon Versicherungen:**

+41 (0)44 368 70 30

#### **Fax Versicherungen:**

+41 (0)44 368 70 37

#### **Telefon Leistungen:**

+41 (0)44 368 70 60

#### **Fax Leistungen:**

+41 (0)44 368 70 50