

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) Freiwillige Taggeldversicherung nach 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 ganze 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 für die Beurteilung des Antrages 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, dem Versicherer bzw. seinem 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 Welche Altersgruppen bestehen?

Die Altersgruppen sind aus dem Tarif ersichtlich.

2.7 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.

2.8 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.
- b) Tod der versicherten Person
- c) Aufgabe des Wohnsitzes oder der Erwerbstätigkeit im Tätigkeitsgebiet des Versicherers
Personen, die in die EU-Mitgliedstaaten, nach Island oder Norwegen wegziehen, können die Taggeldversicherung bei einem anderen KVG-Versicherer, der Personen mit Wohnort in einem EU-Mitgliedstaat, in Island oder Norwegen versichert, weiterführen. Der neue Versicherer darf keine neuen Vorbehalte anbringen und muss auf Verlangen der versicherten Person das Taggeld im bisherigen Umfang weiterversichern.
- d) Erschöpfung der Leistungspflicht
- e) Erreichen des Höchstalters gemäss Ziffer 2.1 Absatz 2
- 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.

2.9 Wie informiert der Versicherer? Welche Meldepflichten haben Sie?

- a) Information der Versicherten

Änderungen der Versicherungsbedingungen sowie Bekanntmachungen allgemeiner Natur erfolgen in verbindlicher Form im offiziellen Publikationsorgan der Visa-na-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 zu Lasten der Versicherten.

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 1.– bis CHF 30.– versichert werden. Die Mindestwartefrist beträgt 3 Tage. Folgende weitere Wartefristen sind möglich: 7, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180, 270 und 360 Tage.

Das Mindesttaggeld beträgt:

CHF 1.– bei einer Wartefrist von 3, 7, 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 wegen Überentschädigung gekürzt. Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalles mutmasslich entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen. 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 25%iger Arbeitsunfähigkeit haben die Versicherten Anspruch auf Taggeldleistungen. Die Leistungen werden entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit bemessen.

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 Leistungen werden gekürzt, soweit die Taggelder zusammen mit der Mutterschaftsentschädigung gemäss dem Erwerbsersatzgesetz (EOG) den entgangenen Verdienst während 16 Wochen sowie allfällige durch die Mutterschaft verursachte Mehrkosten und allfällige Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen. Die Mutterschaftsentschädigung gemäss EOG wird im Rahmen der Überentschädigungsberechnung vollumfänglich angerechnet, unabhängig davon, wann die versicherte Person das versicherte Taggeld bezieht.

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 25 % arbeitsunfähig, so hat sie den Versicherer über den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit sofort in Kenntnis zu setzen.

Die versicherte Person hat dem Versicherer die 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 oder von Behörden Einsicht zu nehmen und die erforderlichen

Auskünfte bei Leistungserbringern einzuholen. Beim Fehlen der Angaben oder der Verweigerung von angeordneten Massnahmen können die Leistungen gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden. Die Versicherten können verlangen, dass die behandelnden Ärzte und anderen Medizinalpersonen medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt bekannt geben.

Der Versicherer ist berechtigt, zur Abklärung von Versicherungsansprüchen eine Untersuchung durch einen vom Versicherer bezeichneten Arzt anzuordnen.

3.11 Wo gilt die Versicherung?

Die Leistungen werden für Arbeitsunfähigkeiten in der Schweiz und in den EU-/EFTA-Staaten erbracht. Bei einem Auslandsaufenthalt 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 Leistungen 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 deren 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.
- 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.

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.

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 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, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich erhoben.

Die entsprechenden Zahlungsfristen entnehmen Sie der Prämienrechnung.

4.3 Wie hoch ist die Prämie?

Die Prämienhöhe richtet sich nach den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Tarifen. Die Prämien sind nach dem Eintrittsalter 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
Die Kosten des Betreibungsverfahrens und andere Spesen können den säumigen Versicherten auferlegt werden. Bei einer Mahnung oder Betreibung kann eine Umtriebsentschädigung erhoben werden.
- e) Verrechnung
Ausstehende Prämien können unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Situation der versicherten Person 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 beschwerdefähige 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 des-

jenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Beschwerdeführende 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 Wie werden Personendaten bearbeitet?

Personendaten werden hauptsächlich bearbeitet, um Vertragsleistungen anzubieten, zu erbringen und die Versicherten im Hinblick auf einen zuverlässigen und bedürfnisgerechten Versicherungsschutz beraten und betreuen zu können. Auf die Bearbeitung von Personendaten angewiesen ist der Versicherer ausserdem zur Kundengewinnung im KVG-Bereich, zur Erfüllung gesetzlicher und regulatorischer Anforderungen, zur (Weiter-) Entwicklung seiner Produkte- und Dienstleistungen und zur Aufrechterhaltung eines sicheren, effizienten und wirtschaftlichen Betriebes. Die Leistungsabwicklung und das Inkasso umfassen elektronische Datenbearbeitungen, die als automatisierte Einzelentscheide eingestuft werden können. Telefongespräche mit unseren Mitarbeitenden können zur Sicherstellung einer einwandfreien Serviceleistung sowie zu Schulungszwecken aufgezeichnet werden.

Der Versicherer kann im erforderlichen und gesetzlich verlangten Umfang Daten an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten im In- und Ausland (z.B. beteiligte Versicherer, Vertrauens- und Gesellschaftsärzte und Behörden), insbesondere an Gesellschaften der Visana-Gruppe sowie an Mit-, Vor-, Nach- und Rückversicherer, zur Bearbeitung bekanntgeben. Der Versicherer kann Dritte auch besonders beauftragen, Dienstleistungen zugunsten der Versicherten zu erbringen (z.B. IT-Provider). Der Versicherer verpflichtet solche Dritten vertraglich zur Vertraulichkeit sowie zum weiteren datenschutzkonformen Umgang mit Personendaten. Davon können nicht nur Personendaten wie bspw. Namen, Geburtsdatum, Versichertennummer betroffen sein, sondern auch besonders schützenswerte Personendaten, im speziellen individuelle Gesundheitsdaten. Dabei werden die strengeren gesetzlichen Anforderungen zur Bearbeitung von besonders schützenswerten Personendaten beachtet.

Die Personendaten können sowohl physisch wie elektronisch aufbewahrt werden. Die Datenspeicherung erfolgt dabei schweigewichtig in der Schweiz. Der Versicherer trifft die erforderlichen Massnahmen, dass Personendaten nur in Länder übermittelt werden, die einen angemessenen Datenschutz gewährleisten.

Der Versicherer achtet auf Aktualität, Zuverlässigkeit und Vollständigkeit bekannt gegebener Personendaten.

Der Versicherer erhebt und verwendet Personendaten in Übereinstimmung mit den anwendbaren Datenschutzbestimmungen, namentlich dem schweizerischen Datenschutzgesetz, und weiteren gesetzlichen Vorgaben, insbesondere Art. 84, 84a und 84b KVG.

Weiterführende Informationen zur Bearbeitung von Personendaten finden sich in der Datenschutzerklärung des Versicherers im Internet: www.visana.ch/datenschutz.

6.2 Wer untersteht der Schweigepflicht?

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Visana-Gruppe unterstehen der Schweigepflicht gemäss dem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

6.3 Können Rückversicherungen abgeschlossen werden?

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

6.4 Wann treten diese AVB in Kraft?

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 1.1.2023 in Kraft.

Sie können vom Versicherer jederzeit geändert werden.