vita surselva
ihr krankenversicherer - nossa cassa

ALLGEMEINE VERSICHERUNGS-BEDINGUNGEN GEMÄSS KVG

Alle personenbezogenen Begriffe sind geschlechtsneutral zu verstehen.

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS **1**
GELTENDES RECHT **1**
Art. 1 Reihenfolge 1
VERSICHERTE PERSONEN **1**
Art. 2 Aufnahme 1
BEGINN, ENDE UND RUHEN DER VERSICHERUNG **1**
Art. 3 Beginn der Versicherung 1
Art. 4 Ende der Versicherung 1
Art. 5 Wechsel des Versicherers 1
Art. 6 Ruhen der Unfalldeckung 2
Art. 7 Wegfall von Ansprüchen 2
Art. 8 Kürzung der Versicherungsleistungen 2
BEITRAGSRECHT **2**
Art. 9 Prämien 2
Art. 10 Altersgruppen 2
Art. 11 Kostenbeteiligung 2
MITWIRKUNGSPFLICHTEN **3**
Art. 12 Allgemeines 3
Art. 13 Meldepflichten 3
LEISTUNGSBEREICH **3**
Art. 14 Versicherungsabteilungen 3
Art. 15 Unfälle 3
Art. 16 Überentschädigung 3
VERSCHIEDENE BESTIMMUNGEN **3**
Art. 17 Abrechnung der Schadenfälle 3
Art. 18 Schadenminderungspflichten 4
Art. 19 Abtretung 4
Art. 20 Verfügung 4
Art. 21 Akteneinsicht 4
Art. 22 Einsprache 4
Art. 23 Verwaltungsgerichtsbeschwerde 4
Art. 24 Schlussbestimmungen 4

GELTENDES RECHT

Art. 1 Reihenfolge

1 Diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen gehen Rechtsregeln in folgender Reihenfolge vor:

1. Bundesrecht, namentlich ATSG, KVAG, KVG und deren Ausführungsbestimmungen
2. Kantonales Recht
3. Statuten
4. Tarifverträge

2 Soweit im Taggeldreglement nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

3 Diese AVB gelten nicht für die Krankenzusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz.

VERSICHERTE PERSONEN

Art. 2 Aufnahme

1 Jede Person, die ihren Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet der Kasse hat, ist berechtigt, in die Kasse einzutreten bzw. Antrag auf Abschluss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und einer Taggeldversicherung zu stellen. Vorbehalten bleiben die bilateralen Verträge CH-EU/EFTA.

2 Die antragstellende Person hat das von der Kasse zur Verfügung gestellte Antrags- und Frageformular 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, unentschuldbarem Beitritt nach Art. 5 Abs. 2 KVG entspricht höchstens fünf Jahren. Der Prämienzuschlag beträgt 30 bis 50 Prozent der Prämie und wird als Zuschlag zu den monatlichen Prämien erhoben. Die Kasse setzt den Zuschlag nach der finanziellen Lage des Versicherten fest.
Hat die Zahlung des Prämienzuschlages eine Notlage für den Versicherten zur Folge, setzt die Kasse 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.

Art. 4 Ende der Versicherung

Die Versicherung erlischt:

1. bei Ableben
2. durch Wechsel des Versicherers
3. durch Ausschluss in der Taggeldversicherung;
Ein Ausschluss aus der Taggeldversicherung ist möglich, wenn sich das Verhalten der versicherten Person als missbräuchlich oder besonders schwer erweist und die Weiterführung der Taggeldversicherung der Kasse nicht mehr zumutbar ist. Die Versicherte Person ist vorgängig auf diese Sanktion hinzuweisen.
4. bei Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet mit entsprechendem Nachweis des neuen Versicherers

Art. 5 Wechsel des Versicherers

1 Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist die Kasse auf Ende eines Kalendersemesters wechseln. Vorbehalten bleiben die speziellen Regelungen für die Versicherungen mit wählbaren Franchisen und die besonderen Versicherungsformen.

2 Bei Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Kasse unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Die Kasse muss die neuen Prämien mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, die Kasse zu wechseln, hinweisen.

3 Muss die versicherte Person die Kasse 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 Kasse die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung gemäss Art. 43 KVAG.

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 Prämiendifferenz. 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 bei Versicherten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch für dieses Risiko voll gedeckt sind, sistiert werden. Die Kasse 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 erlischt.

3 Die Kasse übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei der sozialen Versicherung versichert waren.

4 Die Kasse hat die versicherte Person bei ihrem Beitritt zur sozialen Krankenversicherung schriftlich auf ihr Recht 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 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 Kasse von ihr den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem die Kasse davon Kenntnis erhält, verlangen. Hat der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung die Pflicht nach Abs. 5 nicht erfüllt, so kann die Kasse 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 Kasse ihre Taggeldleistungen 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 Prämien sind im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen. Beginnt oder endet das Versicherungsverhältnis innerhalb des Monats, so werden die Prämien pro Tag berechnet.

3 Die Kasse kann den säumigen Personen unter der Voraussetzung einer schuldhaften Verursachung Mahngebühren (pro Mahnung CHF 50.00) in Rechnung stellen. Die Betreibungskosten sind bei erfolgreicher Betreibung von Gesetzes wegen vom Schuldner zu übernehmen.

4 Die Kasse kann die Prämien für besondere Versicherungsformen nach Art. 62 KVG vermindern.

Art. 10 Altersgruppen

1 Es bestehen folgende Altersgruppen:

Altersgruppe 1 / Kinder	bis 18 Jahre
Altersgruppe 2 / Junge Erwachsene	19 bis 25 Jahre
Altersgruppe 3 / Erwachsene	ab 26 Jahre

Auf den 1. Januar nach dem vollendeten 18. Altersjahr werden Kinder zu den jungen Erwachsenen bzw. junge Erwachsene 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 einem festen Jahresbeitrag (Franchise von CHF 300.00) und zehn Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes bei der ordentlichen wie auch bei der wählbaren Franchise beläuft sich auf CHF 700.00.

3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes 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 Kasse 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 CHF 15.00. Keinen Beitrag haben zu entrichten:

a) Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr;
b) junge Erwachsene, die in Ausbildung sind
c) Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.

6 Die Kostenbeteiligung bei Mutterschaft richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen des KVG (Art. 64) sowie den dazugehörenden Verordnungen KVV (Art. 103 ff) sowie KLV(Art. 13 ff).
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 Kostenbeteiligung wählen.

Die wählbaren Franchisen betragen für Erwachsene und junge Erwachsene 500, 1000, 1500, 2000 und 2500 CHF, für Kinder 100, 200, 300, 400, 500 und 600 CHF.

9 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 Leistungen dienen. Unzumutbar sind medizinische Massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit des Versicherten darstellen.

3 Die Kasse 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, 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 Adress- und Namensänderungen sowie Todesfälle sind der Kasse innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.

LEISTUNGSBEREICH

Art. 14 Versicherungsabteilungen

1 Die Kasse führt nach Massgabe dieser AVB und gemäss besonderen Reglementen folgende Versicherungsabteilungen:

a) Obligatorische Krankenpflegeversicherung
b) Taggeldversicherung
c) Die Kasse 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. 8 zu beachten.

Art. 15 Unfälle

1 Die Kasse übernimmt bei Unfällen gemäss KVG die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

2 Unfall ist 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.

Art. 16 Überentschädigung

1 Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der anspruchsberechtigten Person auf Grund 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 Kasse auf vertraglicher oder freiwilliger Basis gegenüber Rechnungsstellern Kostengutsprachen oder Garantien abgegeben hat, rechnet sie – vorbehalten anderslautender Regelungen 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 Abtretung

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 Kasse auf Verlangen hin eine schriftliche Verfügung zu erlassen.

2 Dem Begehren um Erlass einer Feststellungsverfügung ist zu entsprechen, wenn die Gesuch stellende 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 Kasse auch ihm gegenüber die Verfügung. Dieser kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person.

Art. 21 Akteneinsicht

1 Die Akten stehen den gemäss Art. 47 ATSG 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 oder mit Versicherten oder mit Dritten zuständig ist.

2 Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn die Kasse entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

Art. 24 Schlussbestimmungen

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) wurden vom Stiftungsrat der vita surselva am 22.01.2013 beschlossen. Sie treten am 01.01.2013 in Kraft.

Die Aenderung von Art. 11 Abs. 6 per 01.07.2015 wurde vom Stiftungsrat an der Sitzung vom 28. 07.2015 genehmigt.
Die Änderungen dieser Bedingungen per 01.01.2019 wurden vom Stiftungsrat am 5. Oktober 2018 genehmigt.