

Allgemeine Bedingungen (AVB) der Genossenschaft KRANKENKASSE SLKK mit Sitz in Zürich für

Obligatorische Krankenpflegeversicherung AVB nach KVG

Inhaltsverzeichnis			
Art.		Art.	
I	Geltendes Recht	V	Mitwirkungspflichten
1	Reihenfolge	12	Allgemeines
II	Versicherte Personen	13	Meldepflichten
2	Aufnahme	VI	Leistungsbereich
III	Beginn, Ende und Ruhen der Versicherung	14	Versicherungsabteilungen
3	Beginn der Versicherung	15	Unfälle
4	Ende der Versicherung	16	Überentschädigung
5	Wechsel des Versicherers	VII	Verschiedene Bestimmungen
6	Ruhen der Unfalldeckung	17	Abrechnung der Schadenfälle
7	Sistierung der Versicherungspflicht	18	Schadenminderungspflichten
8	Ende der Sistierung	19	Verfügung
IV	Beitragsrecht	20	Akteneinsicht
9	Beiträge (Prämien)	21	Einsprache
10	Altersstufen	22	Verwaltungsgerichtsbeschwerde
11	Kostenbeteiligung	23	Schlussbestimmungen

Sämtliche Formulierungen umfassen beide Geschlechter

Der Versicherungsnehmer: die Person, welche die Versicherung abschliesst;

Der Versicherte: die Person, auf die die Versicherung abgeschlossen ist;

Der Anspruchsberechtigte: die Person, die Anspruch auf die Versicherungsleistung hat;

Der Versicherer: KRANKENKASSE SLKK mit Sitz in Zürich (nachfolgend SLKK genannt)

I. Geltendes Recht

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 VVG-Versicherung sowie deren Ergänzungs- und Zusatzvereinbarungen.

II. Versicherte Personen

Art. 2 Aufnahme

1. Jede Person, die ihren Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet der SLKK hat, ist berechtigt, in die Krankenversicherung einzutreten bzw. Antrag auf Abschluss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen 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 SLKK zur Verfügung gestellte Antragsformular vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen.

III. Beginn, Ende, Ruhen und Sistierung 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 (Art. 3 Abs. 1 KVG) beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme im Tätigkeitsgebiet der SLKK. Vorbehalten bleiben die Regelungen für Personen im Sinne von Art. 3 Abs. 2 und 3 KVG.

2. Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Die Erhebungsdauer für den Prämienzuschlag bei nicht entschuldbarer Verspätung nach Art. 5 Abs. 2 KVG entspricht der doppelten Dauer der Verspätung, höchstens aber fünf Jahre. Der Prämienzuschlag beträgt 30 bis 50 Prozent der Prämie und wird als Zuschlag zu den monatlichen Prämien erhoben. Die SLKK setzt den Zuschlag nach der finanziellen Lage des Versicherten fest. Für Versicherte, bei denen die Entrichtung der Beitragszuschlages eine Notlage zur Folge hätte, setzt der Versicherer den Prämienzuschlag herab, wobei er der Lage der Versicherten und den Umständen der Verspätung angemessen Rechnung trägt (Art. 5 Abs. 2 KVG).

Art. 4 Ende der Versicherung

Die Versicherung erlischt:

1. bei Ableben
2. bei Wechsel des Versicherers
3. die Taggeldversicherung durch Ausschluss
4. durch Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet der SLKK

Art. 5 Wechsel des Versicherers

1. Versicherte, die keine besondere Versicherungsform abgeschlossen haben, können den Versicherer nach Art. 7 Abs. 1 KVG auf das Ende eines Kalendersemesters, unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist, wechseln.
2. Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Versicherung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat seit Ankündigung der Prämienanpassung auf das Ende eines Monats wechseln. Die Versicherung muss Prämienanpassungen mindestens zwei Monate im Voraus ankündigen und dabei auf das Recht, die Versicherung zu wechseln, hinweisen (Art. 7 Abs. 2 KVG).

3. Muss die versicherte Person die Versicherung 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 Versicherung die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung gemäss Art. 43 Abs 1 KVAG.
5. Das Versicherungsverhältnis endet bei der SLKK 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 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 Unfalldeckung 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 ihr versichert waren.

Art. 7 Sistierung der Versicherungspflicht

1. 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 Bundesrat regelt das Verfahren.

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.

Art. 8 Ende der Sistierung

1. Der Arbeitgeber informiert eine aus dem Arbeitsverhältnis oder aus der Nichtberufsunfallversicherung nach dem 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.
2. Hat die versicherte Person ihre Pflicht nach Abs. 1 nicht erfüllt, so kann die SLKK von ihr den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem die SLKK davon Kenntnis erhält, verlangen. Hat der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung die Pflicht nach Abs. 1 nicht erfüllt, so kann die SLKK die gleichen Forderungen ihnen gegenüber, geltend machen (Art. 10 Abs. 2 KVG).

IV. Beitragsrecht

Art. 9 Beiträge (Prämien)

1. Die SLKK legt die Prämien für ihre Versicherten fest. Diese bedürfen der Genehmigung durch das Bundesamt für Gesundheit BAG (Art. 16 Abs. 1 KVAG, Art. 56 KVAG). Die SLKK kann die Prämien nach den ausgewiesenen Kostenunterschieden kantonal und regional abstufen. Massgebend ist der Wohnort der versicherten Person.

2. Für Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr (Kinder) setzt die SLKK eine tiefere Prämie fest als für Erwachsene. Die SLKK kann dies auch für Versicherte tun, welche das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben (junge Erwachsene).

Die Versicherten haben die Beiträge in gesunden und kranken Tagen monatlich im Voraus zu entrichten (KVV Art. 90).

3. Beginnt oder endet das Versicherungsverhältnis im Laufe eines Kalendermonats, so sind die Prämien anteilmässig zu entrichten.
4. Die Krankenversicherung kann die Prämien für besondere Versicherungsformen nach Art. 62 KVG vermindern.

Art. 10 Altersstufen

1. Es bestehen folgende Altersstufen:
 - a) Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr
 - b) Junge Erwachsene vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr
 - c) Erwachsene ab dem 26. Altersjahr
2. Beitragsrechtlich ist das tatsächliche Alter massgebend.

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) und zehn Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest.
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 SLKK 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 wird vom Bun-

desrat festgesetzt. Keinen Beitrag zu entrichten haben:

- a) Kinder nach Art. 61 Abs. 3 KVG
 - b) junge Erwachsene nach Art. 61 Abs. 3 KVG, die in Ausbildung sind
 - c) Frauen, bei denen die Kostenbeteiligung nach Art. 64 Abs. 7 KVG entfällt
6. Spezifische Mutterschaftsleistungen (Art. 29 Abs. 2 KVG) sind von der Kostenbeteiligung befreit. Im Weiteren wird ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft keine Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt, Spitalkostenbeitrag) auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit 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 sind in Art. 93 KVV geregelt.

V. Mitwirkungspflichten

Art. 12 Allgemeines

1. Der Aufnahmebewerber oder dessen gesetzlicher 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 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 SLKK angeordneten Abklärungen 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 SLKK 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. Der Versicherte ist verpflichtet, jeden durch die Versicherung vergütungspflichtigen Krankheitsfall der SLKK innert fünf Tagen anzuzeigen.
3. Adress- und Namensänderungen sowie Todesfälle sind der SLKK innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.
4. Verletzt eine versicherte Person oder dessen gesetzlicher Vertreter wiederholt ihre Meldepflicht betreffend dem Wechsel des gesetzlichen Wohnsitzes oder Änderungen bei den administrativen Versichertendaten wie Zahlungsverbindungen, Drittzahladresse, Angaben zur Beistands- oder Vormundschaft, etc. so verrechnet ihr der Krankenversicherer nach vorangegangener Mahnung eine administrative Bearbeitungsgebühr von CHF 30.- pro Fall. Ausgenommen sind Fälle unverschuldeter Meldepflichtverletzungen. Pro Jahr können max. vier Bearbeitungsgebühren verrechnet werden.
5. Badekurverordnungen, gemäss Art. 25 Abs. 2 lit. c KVG, sind der SLKK 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. 14 Versicherungsabteilungen

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

- a) Obligatorische Krankenpflegeversicherung
- b) Freiwillige Taggeldversicherung
- c) weitere (Art. 62 KVG)

Art. 15 Unfälle

1. Die SLKK 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 von der Deckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ausgeschlossen.
4. Die Unfallddeckung ruht nach Massgabe von Art. 6 AVB-KVG.

Art. 16 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 entgangene Verdienst oder der Wert der ihr verunmöglichten Arbeitsleistung.

VII. Verschiedene Bestimmungen

Art. 17 Abrechnung der Schadenfälle

Soweit die SLKK auf vertraglicher oder freiwilliger Basis gegenüber Rechnungsstellern Kostengutsprache oder Garantien abgegeben hat, rechnet sie – vorbehalten anders lautender Regelungen in den Tarifverträgen – direkt mit der versicherten Person 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 Verfügung

1. Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid der SLKK betreffend der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder der freiwillige Taggeldversicherung nicht einverstanden, so kann sie verlangen, dass diese innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche Verfügung erlässt.

2. Die SLKK muss die Verfügung begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen; aus der mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf den Betroffenen kein Nachteil erwachsen.

Art. 20 Akteneinsicht

Die Akten stehen den Beteiligten zur Einsicht offen. Schützenswerte private Interessen der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie überwiegende öffentliche Interessen sind zu wahren.

Art. 21 Einsprache

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

Art. 22 Verwaltungsgerichtsbeschwerde

1. Gegen Einspracheentscheide kann Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung des Einspracheentscheids 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 Krankenversicherung entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

Art. 23 Schlussbestimmungen

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) wurden vom Vorstand der KRANKENKASSE SLKK am 21.09.2016 genehmigt und dem Bundesamt für Gesundheit BAG zur Kenntnisnahme zugestellt. Sie treten rückwirkend am 03.12.2015 in Kraft.

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

