

## Versicherungsbedingungen (VB)

### BASIS – die obligatorische Krankenpflegeversicherung

gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994

---

#### Inhaltsverzeichnis

- 1 Auf welchen Rechtsgrundlagen basiert diese Versicherung?
- 2 Wer ist versichert?
- 3 Welche Bedingungen gelten bezüglich Mitteilungen und Zahlungen?
- 4 Wie werden die Fälligkeit und die Verrechnung geregelt?
- 5 Welche Bedingungen gelten bezüglich Prämien und *Kostenbeteiligung*?
- 6 Wie muss man sich bei Krankheit und Unfall verhalten?
- 7 Gibt es spezielle Bedingungen bei den besonderen Versicherungsformen?
- 8 Welche Rechte und Obliegenheiten sind bezüglich der Versichertenkarte zu berücksichtigen?
- 9 Was passiert im Streitfall?
- 10 Ab wann gelten diese VB?

#### Glossar

---

#### 1 Auf welchen Rechtsgrundlagen basiert diese Versicherung?

- 1.1 Für die Durchführung dieser Versicherung sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG), des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) und dessen Ausführungsbestimmungen massgebend.
- 1.2 Diese Versicherungsbedingungen (VB) enthalten nur die Bestimmungen, die ergänzend zu den in Ziff. 1.1 erwähnten Rechtsgrundlagen zur Anwendung gelangen.
- 1.3 Das Glossar im Anhang ist integrierender Bestandteil der vorliegenden Versicherungsbedingungen. *Kursiv* geschriebene Begriffe sind im Glossar erläutert.

#### 2 Wer ist versichert?

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

#### 3 Welche Bedingungen gelten bezüglich Mitteilungen und Zahlungen?

- 3.1 Mitteilungen an den Versicherer sind an den in der Police angegebenen Absender oder an den Hauptsitz zu richten.

- 3.2 Eine Adressänderung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich zu melden. Bewirkt die Adressänderung eine Prämienänderung, passt der Versicherer die Prämie auf den Zeitpunkt der Mitteilung der Adressänderung bzw. auf den Ersten des folgenden Monats an.

- 3.3 Mitteilungen und Zahlungen seitens des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die von der versicherten Person zuletzt angegebene Adresse bzw. Zahladresse in der Schweiz. Zahlungen an die versicherte Person erfolgen spesenfrei auf deren Post- oder Bankkonto. Wünscht die versicherte Person eine Auszahlung mittels Auszahlungsscheins (ASR), werden ihr die entsprechenden Gebühren vollumfänglich überbunden.

- 3.4 Änderungen der vorliegenden VB und andere verbindliche Mitteilungen werden in der offiziellen Kundenzeitschrift bzw. auf der Homepage des Versicherers veröffentlicht.

#### 4 Wie werden die Fälligkeit und die Verrechnung geregelt?

- 4.1 Zum Zeitpunkt der Behandlung entsteht der Anspruch auf Leistungen.
- 4.2 Der Versicherer kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber der versicherten Person verrechnen. Die versicherte Person hat demgegenüber kein Verrechnungsrecht.

#### 5 Welche Bedingungen gelten bezüglich Prämien und *Kostenbeteiligung*?

- 5.1 Beginnt oder endet das Versicherungsverhältnis im Laufe eines Kalendermonats, sind die Prämien für den ganzen Kalendermonat zu entrichten. Für Neugeborene wird im Geburtsmonat keine Prämie erhoben.
- 5.2 Die Prämien werden in der Regel monatlich erhoben, sind im Voraus zahlbar und werden am 1. Tag jedes Monats fällig. Wurden andere Zahlungsperioden vereinbart, werden die Prämien jeweils am 1. Tag der entsprechenden Periode fällig. Prämien wie auch *Kostenbeteiligungen* können mittels LSV/BAD-Verfahren bezahlt werden. Bei einer durch die versicherte Person verursachten Rücklastschrift wird ihr pro Rücklastschrift eine Gebühr belastet.
- 5.3 Ist die Prämie ausstehend, wird die versicherte Person durch Mahnung auf die Folgen der Säumnis aufmerksam gemacht und eine Nachfrist zur Bezahlung der rückständigen Prämie angesetzt. Erfolgt innert der Nachfrist keine Bezahlung, wird die Prämie auf dem Betreibungsweg eingezogen.

- 5.4 Im Falle von Direktzahlungen an die Leistungserbringer durch den Versicherer ist die versicherte Person verpflichtet, vereinbarte Jahresfranchisen und/oder *Selbstbehalte* innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung dem Versicherer zurückzuerstatten. Kommt die versicherte Person ihrer Zahlungspflicht nicht nach, gilt Ziff. 5.3 sinngemäss.
- 5.5 Die durch die Rückstände in der Prämienzahlung und den *Kostenbeteiligungen* verursachten Gebühren wie z.B. Mahnspesen und Inkassogebühren gehen zulasten der versicherten Person.
- 5.6 Für Ratenzahlungsvereinbarungen bei Zahlungsrückständen wird eine Gebühr erhoben. Die Höhe der Gebühr wird in Abhängigkeit von der Forderungshöhe sowie der vereinbarten Rückzahlungsdauer festgelegt.

## 6 Wie muss man sich bei Krankheit und Unfall verhalten?

Die versicherte Person hat die ärztlichen Anordnungen zu befolgen und alles zu tun, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert.

## 7 Gibt es spezielle Bedingungen bei den besonderen Versicherungsformen?

- 7.1 Wählbare Jahresfranchisen  
Versicherte Personen können gegen Prämienermässigungen höhere Jahresfranchisen wählen. Einzelheiten sind in den entsprechenden Vorschriften des Bundes geregelt oder werden in der offiziellen Kundenzeitschrift bzw. auf der Homepage des Versicherers veröffentlicht.
- 7.2 Bonusversicherung  
Die Bonusversicherung steht sämtlichen versicherten Personen offen. Einzelheiten sind in den entsprechenden Vorschriften des Bundes geregelt.
- 7.3 Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer  
Der Versicherer bietet Versicherungsvarianten an, bei denen die Wahl der Leistungserbringer eingeschränkt ist. Die Einzelheiten dieser Versicherungsformen finden sich in speziellen Versicherungsbedingungen. Diese bilden einen integrierenden Bestandteil der vorliegenden VB.

## 8 Welche Rechte und Obliegenheiten sind bezüglich der Versichertenkarte zu berücksichtigen?

- 8.1 Die versicherten Personen erhalten eine Versichertenkarte. Diese dient als Ausweis gegenüber Leistungserbringern. Sofern entsprechende Verträge vorliegen, berechtigt sie zudem zum Bezug von Leistungen wie z.B. der bargeldlose Bezug ärztlich verschriebener Medikamente in Apotheken.
- 8.2 Die Versichertenkarte ist während der Dauer der Versicherungsdeckung gültig. Sie darf weder ausgeliehen noch übertragen noch sonstwie Dritten zugänglich gemacht werden. Geht die Versichertenkarte verloren oder kommt sie der versicherten Person sonstwie abhanden, ist der Versicherer darüber unverzüglich zu benachrichtigen. Nach Wegfall der Versicherungsdeckung hat die versicherte Person die Versichertenkarte sofort zu vernichten.
- 8.3 Wird die Versichertenkarte missbräuchlich verwendet, haftet die Person, auf welche die Versichertenkarte ausgestellt ist, für den dem Versicherer entstandenen Schaden. Insbesondere sind die zu Unrecht erfolgten Versicherungsleistungen dem Versicherer zurückzuerstatten und die damit verbundenen Gebühren zu übernehmen. Vorbehalten bleibt schuldloses Verhalten.

## 9 Was passiert im Streitfall?

Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden, kann sie eine schriftliche Verfügung verlangen. Diese Verfügung enthält eine Rechtsmittelbelehrung.

## 10 Ab wann gelten diese VB?

Diese Versicherungsbedingungen treten am 1. Januar 2006 in Kraft. Sie ersetzen die VB Ausgabe 1. Januar 2005.

## Glossar

### Kostenbeteiligung

Die *Kostenbeteiligung* der versicherten Person wird aufgeteilt in die *Franchise* und den *Selbstbehalt*.

### Franchise

Jahresbetrag, mit dem sich die versicherte Person an den Kosten von medizinischen Leistungen beteiligt. Bis zur Höhe dieses Betrages müssen die entstandenen Kosten von der versicherten Person getragen werden.

### Selbstbehalt

Prozentualer Anteil an den jährlich in Rechnung gestellten Kosten für medizinische Leistungen, die über den Franchisebetrag hinausgehen, jedoch höchstens bis zu dem vom Gesetz festgelegten Höchstbetrag pro Jahr.