

Allgemeine Versicherungsbedingungen nach Krankenversicherungsgesetz (AVB/KVG)

Ausgabe 1.1.2019

Inhaltsverzeichnis

Zweck der Versicherung

I. Grundlagen der Versicherung

- Art. 1 Versicherer
- Art. 2 Rechtsgrundlagen

II. Versicherte Personen

- Art. 3 Aufnahme

III. Beginn, Ende und Sistierung der Versicherung

- Art. 4 Beginn und Ende der Versicherung
- Art. 5 Wechsel des Versicherers
- Art. 6 Wechsel bei besonderen Versicherungsformen
- Art. 7 Sistierung

IV. Prämien und Kostenbeteiligung

- Art. 8 Prämien
- Art. 9 Kostenbeteiligung
- Art. 10 Zahlungsverzug

V. Leistungen

- Art. 11 Versicherte Leistungen
- Art. 12 Leistungen im Ausland
- Art. 13 Subsidiarität und Überentschädigung
- Art. 14 Abtretung und Verrechnung
- Art. 15 Versichertenkarte

VI. Melde- und Mitwirkungspflichten

- Art. 16 Allgemeines
- Art. 17 Schadenminderungspflichten

VII. Rechtspflege

- Art. 18 Rechtspflege

VIII. Datenschutz und Datenbearbeitung

- Art. 19 Datenschutz und Datenbearbeitung

IX. Verschiedene Bestimmungen

- Art. 20 Auslegung
- Art. 21 Inkrafttreten

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten jeweils für beiderlei Geschlecht.

Allgemeine Versicherungsbedingungen nach Krankenversicherungs-Gesetz (AVB/KVG)

Zweck der Versicherung

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten von Diagnose und Behandlung bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Die Taggeldversicherung deckt einen Erwerbsausfall unter Berücksichtigung der bundesrechtlichen Vorschriften.

I. Grundlagen der Versicherung

Art. 1 Versicherer

1. Vorliegende Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/KVG) sind gültig für die EGK Grundversicherungen AG als Versicherer.
2. Unter der Bezeichnung Versicherer wird jeweils die EGK Grundversicherungen AG verstanden.

Art. 2 Rechtsgrundlagen

1. Rechtsgrundlagen der Krankenpflegeversicherung sowie der Krankentaggeldversicherung sind das geltende Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und deren Ausführungsbestimmungen, sowie die AVB/KVG und allfällige Ergänzende Versicherungsbedingungen. Bundesrecht und kantonales Recht gehen vorliegenden AVB/KVG vor.
2. Soweit in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die besonderen Versicherungsformen oder die freiwillige Taggeldversicherung nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten vorliegende AVB/KVG.
3. Vorliegende AVB/KVG gelten ausschliesslich für die vom Versicherer geführten Krankenpflege- und Taggeldversicherungen nach KVG.

II. Versicherte Personen

Art. 3 Aufnahme

1. Jede natürliche Person mit Wohnsitz in der Schweiz, ist berechtigt beim Versicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung abzuschliessen oder Antrag auf den Abschluss einer freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG zu stellen. Weitere Personen können sich versichern, sofern das KVG dies vorsieht. Vorbehalten bleiben die bilateralen Verträge CH-EU/EFTA.
2. Der Beitritt ist schriftlich und mit rechtsgültiger Unterschrift zu erklären. Für eine nicht handlungsfähige Person ist die Erklärung von ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterzeichnen.

3. Das Antragsformular sowie weitere für den Abschluss relevante Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Alle für die Versicherungsaufnahme nötigen Unterlagen sind dem Versicherer zuzustellen.
4. Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

III. Beginn, Ende und Sistierung der Versicherung

Art. 4 Beginn und Ende 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 versichern lassen. Bei rechtzeitigem Beitritt einer versicherten Person nach Massgabe von Art. 3 KVG beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme im Tätigkeitsgebiet des Versicherers. 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 und es wird ein Prämienzuschlag gemäss Art. 5 Abs. 2 KVG erhoben. Die Erhebungsdauer für den Prämienzuschlag entspricht der doppelten Dauer der Verspätung, beträgt jedoch höchstens 5 Jahre. Die Höhe des Prämienzuschlags beträgt 30 % bis 50 % der Prämie. Der Versicherer setzt den Zuschlag nach der finanziellen Lage der versicherten Person fest. Hat die Zahlung des Prämienzuschlages eine Notlage zur Folge, setzt der Versicherer einen Zuschlag von weniger als 30 % fest.
3. Die Versicherung endet:
 - 3.1 durch fristgerechte, rechtsgültige, schriftliche Kündigung
 - 3.2 im Todesfall
 - 3.3 mit dem Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers
 - 3.4 Die Taggeldversicherung endet mit der Ausschöpfung des maximalen Gesamtanspruchs oder mit dem Ausschluss aus der Versicherung durch den Versicherer.
 - 3.4.1 Ein Ausschluss aus der Taggeldversicherung ist möglich, wenn sich das Verhalten der versicherten Person als missbräuchlich oder unentschuldigbar erweist und die Weiterführung der Taggeldversicherung nicht mehr zumutbar ist. Die versicherte Person ist vorgängig auf diese Sanktion hinzuweisen.
 - 3.4.2 Als missbräuchliches Verhalten gelten insbesondere folgende Fälle:
 - ◆ Wahrheitswidriges Ausfüllen des Versicherungsantrages;
 - ◆ Widerrechtliche oder schwere Verletzung ärztlicher Anordnungen;
 - ◆ Prämienverzug nach fruchtloser Zahlungsaufforderung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen nach Krankenversicherungs-Gesetz (AVB/KVG)

Art. 5 Wechsel des Versicherers

1. Die versicherte Person kann durch schriftliche Mitteilung unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist per 30. Juni und per 31. Dezember bzw. bei besonderen Versicherungsformen (z.B. wählbare Jahresfranchise oder Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers) ausschliesslich per 31. Dezember vom Versicherer zu einer anderen Versicherungsgesellschaft wechseln.
2. Bei Mitteilung der neuen Prämie kann der Versicherte den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Der Versicherer muss die neuen, vom Bundesamt für Gesundheit genehmigten Prämien, jeder versicherten Person mindestens zwei Monate vor deren Gültigkeit mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen.
3. Eine Prämienanpassung infolge Wohnsitzwechsels berechtigt nicht zu einem Wechsel des Versicherers.
4. Die Kündigung oder der Wechsel des Versicherers sind nur gültig, wenn sie schriftlich sowie frist- und termingerecht erfolgen. Die Kündigung gilt als fristgerecht erfolgt, wenn sie am letzten Arbeitstag vor Ablauf der Kündigungsfrist beim Versicherer eingetroffen ist. Das Datum des Poststempels ist nicht massgebend. Werden die Vorschriften nicht erfüllt, bleibt die Versicherung beim bisherigen Versicherer bestehen.
5. Die Kündigung ist nicht gültig, wenn ausstehende Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreuungskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind.
6. Das Versicherungsverhältnis endet beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm 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 Wechsel bei besonderen Versicherungsformen

1. Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen versicherten Personen offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.
2. Der Wechsel zu einer tieferen Franchise oder in eine andere Versicherungsform ist ausschliesslich auf das Ende eines Kalenderjahres, unter Einhaltung einer dreimonatigen bzw. bei Mitteilung der neuen Prämie einer einmonatigen Kündigungsfrist, möglich

Art. 7 Sistierung

1. Die Deckung für Unfälle kann bei versicherten Personen sistiert werden, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch für dieses Risiko versichert sind. Der Versicherer veranlasst das Ruhen auf Antrag der versicherten Person, wenn diese nachweist, dass sie nach UVG vollumfänglich gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert ist. Der Antrag hat in schriftlicher Form zu erfolgen. Die Prämie wird entsprechend herabgesetzt. 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. Die versicherte Person hat jedoch den Versicherer innerhalb eines Monats zu informieren, dass die Unfalldeckung eingeschlossen werden muss. Bei verspäteter Mitteilung kann der Versicherer den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen seit Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem er davon Kenntnis erhalten hat, verlangen.
3. Der Versicherer übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei ihm versichert waren.
4. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird sistiert für Personen, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen dem Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) unterstellt sind.

IV. Prämien und Kostenbeteiligung

Art. 8 Prämien

1. Die Prämien richten sich nach den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Tarifen. Die Prämien sind nach Altersgruppen und Regionen abgestuft. Für Kinder wird eine tiefere Prämie als für Erwachsene erhoben. Bei jungen Erwachsenen bis zum vollendeten 25. Altersjahr kann eine gegenüber der Altersgruppe der Erwachsenen tiefere Prämie zur Anwendung kommen.
2. In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bestehen folgende Altersgruppen:
 - Kinder bis 18. Altersjahr;
 - junge Erwachsene ab 19. bis 25. Altersjahr;
 - Erwachsene ab 26. Altersjahr.
3. Die jeweilige Prämie gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in welchem die versicherte Person das 18. bzw. das 25. Altersjahr vollendet hat.
4. Bei einem Wechsel der Altersgruppe wird die der bisherigen Versicherungsdeckung entsprechende Franchisestufe und die gewählte Versicherungsform weitergeführt. Auf jeden Fall hat die versicherte Person das Recht, innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Police für das folgende Kalenderjahr eine Änderung der Versicherungsdeckung zu verlangen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen nach Krankenversicherungs-Gesetz (AVB/KVG)

- Die Prämien und die Altersgruppeneinteilung in der freiwilligen Taggeldversicherung richten sich nach den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Tarifen und den massgebenden Ergänzenden Versicherungsbedingungen.
- Die Prämien sind im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen. Sie können auf besondere Vereinbarung zweimonatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlt werden. Der Versicherer kann bei jährlicher oder halbjährlicher Zahlungsart einen Skonto gewähren.

Art. 9 Kostenbeteiligung

- Die versicherte Person beteiligt sich, vorbehaltlich gesetzlicher Ausnahmen, an den Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen mit einer Kostenbeteiligung. Diese Kostenbeteiligung setzt sich aus einem gesetzlich definierten, festen Jahresbetrag (Franchise) sowie einem prozentualen Selbstbehalt zusammen. Bei Spitalaufenthalten wird in gesetzlich vorgesehenen Fällen zusätzlich zu der Kostenbeteiligung ein Beitrag pro Tag erhoben.
- Für die in Art. 29 KVG definierten besonderen Leistungen bei Mutterschaft wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Ebenso wird bei Krankenpflegeleistungen gemäss Art. 25 und 25a KVG ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft keine Kostenbeteiligung erhoben.
- Der Selbstbehalt für den Bezug von Originalmedikamenten, für die ein Generikum erhältlich ist, kann höher sein als der reguläre Selbstbehalt.
- Die versicherte Person kann gegen Reduktion der Prämie eine höhere Franchise wählen. Die möglichen, frei wählbaren Jahresfranchisen sind gesetzlich geregelt und die entsprechenden Reduktionen bei den Prämien ergeben sich aus dem Prämientarif.
- Vorbehalten bleiben weitere Leistungen, für welche das Departement des Inneren eine höhere, tiefere oder keine Kostenbeteiligung vorsieht.
- Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum oder das Datum der Inanspruchnahme der versicherten Leistung.

Art. 10 Zahlungsverzug

- Zahlt eine versicherte Person fällige Prämien und Kostenbeteiligungen trotz schriftlicher Mahnung nicht, wird ihr vom Versicherer eine Zahlungsaufforderung zugestellt und eine Nachfrist zur Zahlung eingeräumt. Bezahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die ausstehenden Prämien inklusive Verzugszinsen und Kostenbeteiligungen nicht innert der Nachfrist, leitet der Versicherer die Betreuung ein. Auf Wunsch der Kantone gibt der Versicherer der zuständigen kantonalen Stelle die betriebene versicherte Person bekannt.

- Für die Zahlungsaufforderung erhebt der Versicherer eine Mahngebühr. Die Kosten des Betreibungsverfahrens werden der säumigen versicherten Person auferlegt. Zudem kann für Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, eine angemessene Bearbeitungsgebühr erhoben werden.
- Für Ratenzahlungsvereinbarungen bei Zahlungsrückständen kann eine Gebühr erhoben werden.

V. Leistungen

Art. 11 Versicherte Leistungen

- Der Versicherer übernimmt auf der Basis dieser AVB/KVG die gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsleistungen. Für Unfälle werden die gleichen Leistungen wie bei Krankheit übernommen.
- Unfall ist 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.
- Unfälle, für die eine andere Unfallversicherung aufzukommen hat, sind von der Deckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ausgeschlossen.
- Der Leistungsanspruch entsteht ab Beginn der Versicherung und besteht während der Dauer der Versicherung. Für Kosten, die nach Beendigung der Versicherung anfallen, besteht kein Leistungsanspruch. Entscheidend ist das Behandlungsdatum oder der Zeitpunkt der Inanspruchnahme der versicherten Leistung.
- Werden Leistungsansprüche geltend gemacht, sind die detaillierten Rechnungen bis spätestens fünf Jahre nach Rechnungsstellung dem Versicherer einzureichen. Nach dieser Frist erlischt jeglicher Anspruch auf Leistungen.
- Rechnungen und Unterlagen sind grundsätzlich in deutscher, französischer, italienischer oder englischer Sprache einzureichen. Zu Rechnungen und Unterlagen in anderen Sprachen kann der Versicherer auf Kosten der versicherten Person eine Übersetzung von einem offiziellen Übersetzungsbüro verlangen.
- Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen werden vom Versicherer zurückgefordert.

Allgemeine Versicherungsbedingungen nach Krankenversicherungs-Gesetz (AVB/KVG)

Art. 12 Leistungen im Ausland

1. Die Leistungen werden grundsätzlich für Behandlungen und Bezüge in der Schweiz erbracht. Der Umfang der Kostenübernahme für Leistungen im Ausland richtet sich nach Art. 36 ff. der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).
2. Während eines Aufenthalts im EU-/EFTA-Raum hat die versicherte Person Anspruch auf die medizinisch notwendigen Behandlungen unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer. Die Kostenübernahme richtet sich nach der Leistungspflicht und dem Sozialversicherungsstarif des Aufenthaltsstaates.
3. Bei einem Aufenthalt im übrigen Ausland besteht ausschliesslich Anspruch auf Notfallbehandlungen. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Die Rückerstattungspflicht des Versicherers richtet sich nach dem schweizerischen Krankenversicherungsgesetz und ist auf maximal den doppelten Betrag der Kosten begrenzt, die in der Schweiz vergütet würden.
4. Es besteht keine Leistungspflicht, wenn sich die versicherte Person ausschliesslich zum Zweck einer Behandlung ins Ausland begibt.

Art. 13 Subsidiarität und Überentschädigung

1. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer über die Leistungspflicht von und Leistungsbezüge bei anderen Sozialversicherungen oder haftpflichtigen Dritten zu benachrichtigen, sofern der Versicherer Leistungen für den gleichen Versicherungsfall erbringen muss.
2. Die Leistungen des Versicherers oder deren Zusammentreffen mit denjenigen anderer Sozialversicherungen dürfen zusammen nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Personen führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden die Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des Versicherungsfalles ausgerichtet werden.
3. Erbringt der Versicherer in einem Versicherungsfall, für den ein Dritter haftet, Vorleistungen an die versicherte Person, so tritt der Versicherer gegenüber diesem Dritten im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der erbrachten gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person ein. Der Versicherer fordert diese Ansprüche beim Dritten zurück. Dies gilt nicht für die Franchise und den Selbstbehalt oder andere nicht gesetzliche Leistungen, die von der versicherten Person selbst beim Dritten eingefordert werden müssen.

Art. 14 Abtretung und Verrechnung

Ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers ist die versicherte Person nicht berechtigt, Leistungsansprüche abzutreten, zu verpfänden oder zu verrechnen.

Art. 15 Versichertenkarte

1. Die Versichertenkarte dient als Ausweis gegenüber Leistungserbringern. Sofern entsprechende Verträge bestehen, berechtigt sie zudem zum bargeldlosen Bezug von Leistungen (z.B. Bezug von ärztlich verschriebenen und zugelassenen Medikamenten in Apotheken).
2. Das Vorweisen der Versichertenkarte gegenüber Spitälern in der Schweiz gilt nicht als rechtsverbindliche Kostengarantie und ersetzt nicht die Kostengutsprache durch den Versicherer.
3. Bei medizinisch notwendigen Behandlungen im EU-/EFTA-Raum ist die Versichertenkarte vorzuweisen. Damit hat die versicherte Person einen Leistungsanspruch bei öffentlichen Leistungserbringern gemäss dem Sozialversicherungsstarif des Aufenthaltsstaates.
4. Die Versichertenkarte ist ausschliesslich während dem Bestehen des Vertragsverhältnisses gültig, selbst wenn sie für eine längere Zeitdauer ausgestellt wurde. Nach Wegfall des Vertragsverhältnisses darf sie nicht mehr für Leistungsbezüge verwendet werden und ist sofort zu vernichten. Sie darf weder ausgeliehen, übertragen, noch Dritten zugänglich gemacht werden. Geht die Versichertenkarte verloren oder kommt sie der versicherten Person abhanden, ist der Versicherer darüber unverzüglich zu informieren.
5. Wird die Versichertenkarte durch die versicherte Person missbräuchlich verwendet, haftet diese für den entstandenen Schaden. Insbesondere sind die zu Unrecht erfolgten Versicherungsleistungen dem Versicherer zurückzuerstatten.

VI. Melde- und Mitwirkungspflichten

Art. 16 Allgemeines

1. Werden Unfalleleistungen geltend gemacht, ist das Formular «Unfallmeldung» auszufüllen und einzureichen. Die Unfallmeldung muss dem Versicherer innert 10 Tagen nach dem Unfallereignis zugestellt werden.
2. Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass der Versicherer aufgrund gesetzlicher Grundlagen im Rahmen der Amts- und Verwaltungshilfe ermächtigt ist, von Dritten Daten und Informationen einzuholen oder solche bekannt zu geben. Die versicherte Person hat dem Versicherer die Auskünfte zu erteilen und die Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die dieser zur Abklärung der Versicherungspflicht, des Leistungsanspruchs und zur Festsetzung der Prämien benötigt. Sie nimmt zur Kenntnis, dass der Versicherer ermächtigt ist, Einsicht in Akten von Leistungserbringern oder Behörden zu nehmen und diese Daten zu bearbeiten.
3. Zur Klärung der gesetzlichen Leistungspflicht kann der Versicherer von Ärzten und anderen Fachleuten Berichte und Gutachten einholen, insbesondere über den Gesundheitszustand oder die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person.

Allgemeine Versicherungsbedingungen nach Krankenversicherungs-Gesetz (AVB/KVG)

- Auf schriftliches Gesuch hin bevollmächtigt die versicherte Person den Versicherer weitere Daten und Informationen bei Dritten einzuholen oder diesen bekannt zu geben.
4. Ist für die gesetzlichen Leistungen ein anderer Sozialversicherer zuständig, ist die versicherte Person verpflichtet, eine entsprechende Anmeldung vorzunehmen. Weigert sie sich, die Anmeldung vorzunehmen, kann der Versicherer von seinem eigenen Anmelde-recht Gebrauch machen.
 5. Die versicherte Person ist verpflichtet, sämtliche für das Versicherungsverhältnis relevante Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (z.B. Wohnortwechsel, Namensänderung, Änderung des Prämienzahlers, Änderung des gesetzlichen Vertreters) innert Monatsfrist dem Versicherer schriftlich mitzuteilen.
 6. Bei der freiwilligen Taggeldversicherung sind vom Antragsteller alle Fragen der Gesundheitsdeklaration vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Ausserdem sind alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Risikobeurteilung sowie für die Festsetzung der Versicherungsleistungen notwendig sind. Der Antragsteller respektive die versicherte Person muss Dritte ermächtigen, medizinische Berichte, Gutachten, Röntgenbilder, Belege über Leistungen Dritter usw. dem Versicherer zur Verfügung zu stellen.
 7. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person auf Kosten des Versicherers von einem Vertrauensarzt, einem beauftragten Spezialisten oder einem Arzt ihrer Wahl untersuchen lässt.
 8. Nachteile, die sich aus der Verletzung von Melde- und Mitwirkungspflichten ergeben, gehen zu Lasten der versicherten Person.

Art. 17 Schadenminderungspflichten

Die versicherte Person hat bei Krankheit, Mutterschaft oder Unfall alles Nötige zu unternehmen, um ihre Genesung zu fördern, und alles zu unterlassen, was ihre Genesung gefährden oder verzögern könnte. Die versicherte Person hat im Rahmen der Behandlungen und Untersuchungen den Anordnungen des anerkannten, behandelnden Leistungserbringers Folge zu leisten. Sie darf den Leistungserbringer nicht zu unnötigen und unwirtschaftlichen Behandlungen und Untersuchungen oder Abklärungen veranlassen. Gefährdet die versicherte Person ihre Genesung oder weigert sie sich, mit dem Versicherer zusammenzuarbeiten, können Leistungen gekürzt oder verweigert werden.

VII. Rechtspflege

Art. 18 Rechtspflege

1. Ist die versicherte Person mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden, so kann sie verlangen, dass dieser innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche und begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung erlässt.

2. Gegen eine Verfügung des Versicherers kann die versicherte Person innerhalb von 30 Tagen seit der Eröffnung der Verfügung beim Versicherer Einsprache erheben. Diese ist zu begründen.
3. Gegen Einspracheentscheide des Versicherers kann innert 30 Tagen nach Eröffnung eine Beschwerde beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht erhoben werden. Das kantonale Versicherungsgericht kann auch angerufen werden, wenn der Versicherer entgegen dem Begehren der versicherten Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.
4. Gegen Entscheide des Versicherungsgerichts kann innerhalb von 30 Tagen nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes Beschwerde beim Bundesgericht geführt werden.

VIII. Datenschutz und Datenbearbeitung

Art. 19 Datenschutz und Datenbearbeitung

1. Der Datenschutz richtet sich nach dem KVG, dem ATSG und dem Bundesgesetz über den Datenschutz. Die Mitarbeitenden des Versicherers unterstehen der gesetzlichen Schweigepflicht
2. Der Versicherer trifft die erforderlichen technischen und organisatorischen Massnahmen zur Sicherstellung eines zeitgemässen und angemessenen Datenschutzes. Das Bearbeitungsreglement und weitere relevante Dokumente im Zusammenhang mit Datenschutz, -bearbeitung und -sicherheit sind auf der Homepage des Versicherers veröffentlicht.
3. Der Versicherer kann Dienstleistungen auch online anbieten. Dafür gelten zusätzliche Vereinbarungen und Nutzungsbestimmungen, die von der versicherten Person bei der Benutzung dieser online-Services akzeptiert werden müssen. Vorbehältlich anderer Regelungen sind diese Vereinbarungen und Nutzungsbestimmungen für die versicherte Person verbindlich.
4. Der Versicherer ist gemäss KVG befugt, die Daten der versicherten Personen einschliesslich besonders schützenswerter Daten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten oder bearbeiten zu lassen, um die ihr nach KVG und dem Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG) übertragenen Aufgaben zu erfüllen. Er kann dazu Tätigkeiten und Dienstleistungen an Dritte auslagern, sofern keine gesetzliche Vorschrift dies verbietet. Die Dienstleister werden dabei vertraglich verpflichtet, die Daten nur zu dem Zweck zu bearbeiten, wie es der Versicherer selbst tun dürfte sowie den Datenschutz und die Datensicherheit im gleichen Rahmen sicherzustellen, wie dies für den Versicherer selber auch gilt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen nach Krankenversicherungs-Gesetz (AVB/KVG)

IX. Verschiedene Bestimmungen

Art. 20 Auslegung

Die Originalfassung vorliegender AVB/KVG ist die deutsche Version. Die anderen Sprachversionen sind Übersetzungen. Bei allfälligen Auslegungsdifferenzen ist der deutsche Text massgebend.

Art. 21 Inkrafttreten

Diese AVB/KVG treten am 1. Januar 2019 in Kraft. Vorbehältlich der vorgängigen Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, können sie jederzeit geändert werden.

