

Krankenkasse Steffisburg
Unterdorfstrasse 37
Postfach 138
3612 Steffisburg
Telefon 033 439 40 20
E-Mail info@kkst.ch

 **Krankenkasse Steffisburg**
kkst.ch regional & individuell.

ALLGEMEINE VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN (AVB)

Ausgabe 01.01.2022

Krankenzusatzversicherungen

Vario

Hospital

Natural

InVita

INHALTSVERZEICHNIS

Grundsätzliches	4
1 Allgemeines	4
2 Versicherte Person	4
3 Versicherungsabteilungen.....	4
4 Beginn und Dauer der Versicherung	4
5 Beendigung der Versicherung	6
6 Leistungsdefinitionen / Begriffe	6
7 Mitwirkungspflicht	8
8 Prämien / Zahlungen	8
9 Zusammentreffen mehrerer Versicherer.....	9
10 Mitteilungen	9
11 Gerichtsstand	10

Anmerkung:

Die in diesen AVB gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen. Weibliche und diverse Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Grundsätzliches

Die in diesen allgemeinen Vertragsbedingungen geregelten Versicherungen werden als Zusatzversicherungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) angeboten.

1. Allgemeines

1.1 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg mit Sitz in Steffisburg, nachfolgend KKSt genannt.

1.2 Versicherungsvertrag

Ihr Versicherungsvertrag setzt sich zusammen aus:

- A Ihrem Versicherungsantrag
- B Police
- C diesen Allgemeinen Vertragsbedingungen (nachfolgend AVB genannt)
- D den Zusatzbedingungen (nachfolgend ZB genannt)
- E den allfälligen Besonderen Vereinbarungen

Soweit in den vorewähnten Dokumenten eine Frage nicht ausdrücklich geregelt ist, halten sich die Parteien an das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). Das VVG in der Version vom 19. Juni 2020 gilt auch für Verträge, die vor dem 1.1.2022 abgeschlossen wurden.

Die AVB und ZB gelten im Prinzip auch für Kollektivverträge. Abweichende Bestimmungen in Kollektivverträgen werden in den besonderen Bestimmungen geregelt. Diese gehen den AVB und ZB vor.

1.3 Gegenstand der Versicherung

Versichert werden können die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Der genaue Umfang der abgeschlossenen Versicherungen definiert sich anhand der Versicherungspolice und den ZB. Für die Bemessung des Leistungsanspruches gelten ortsübliche Ansätze sowie die in den ZB erwähnten Listen der KKSt. Zudem sind Listen von amtlichen Stellen beziehungsweise Sozialversicherungsorganisationen massgebend. Die Listen können bei der KKSt eingesehen und auszugsweise bezogen werden.

Werden Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht, so ist der zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme gültige Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenpflegeversicherung massgebend.

Nicht versichert sind Selbstbehalte und Kostenbeteiligungen der Grundversicherung. Werden Leistungen aus den Krankenzusatzversicherungen beansprucht, welche beim Vorliegen einer ärztlichen Verordnung auch aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden müssen, wird aus den Zusatzversicherungen

keine Leistung ausgerichtet. Ausnahmen können vorgesehen werden und sind in den ZB ausdrücklich formuliert.

Das Unfallrisiko kann nicht ausgeschlossen werden. Die KKSt gewährt Leistungen bei Unfall, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt. Die Leistungen werden in Ergänzung und im Nachgang zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht.

2. Versicherte Person

2.1 Versicherte Person

Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen.

3. Versicherungsabteilungen

3.1 Versicherungsmöglichkeiten

Die Versicherungsabteilungen nach diesen AVB sind:

- A Vario und Vario plus
- B Hospital A, HP, P, F
- C Natural
- D InVita Light, InVita Standard, InVita Flex

4. Beginn und Dauer der Versicherung

4.1 Versicherungsabschluss

4.1.1 Antrag

Der Antrag auf Versicherungsabschluss erfolgt schriftlich mittels offiziellen Versicherungsantrags. Der Antragsteller hat sämtliche Fragen korrekt, vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Bei nicht handlungsfähigen Personen obliegt die Verantwortung für die korrekte Beantwortung aller notwendigen Fragen dem gesetzlichen Vertreter.

4.1.2 Auskunftspflicht

Werden bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht, so kann die KKSt innert vier Wochen, seit sie von der Unrichtigkeit der Angaben Kenntnis hat, vom Vertrag bzw. vom betroffenen Teil des Vertrages rückwirkend per Beginn zurücktreten oder die Versicherungsdeckung einschränken. Sämtliche im Zusammenhang mit den verschwiegenen Leistungen bereits erbrachten Leistungen, soweit deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrentatsache beeinflusst worden ist, können zurückgefordert werden.

4.1.3 Abklärungen

Mit dem Antrag auf Versicherungsabschluss ermächtigt die antragstellende Person die KKSt, bei Medizinalpersonen, bei anderen Versicherern, bei Amtsstellen und Dritten, die notwendigen Auskünfte einzuholen. Die KKSt kann ein ärztliches Zeugnis oder auf ihre Kosten eine ärztliche Untersuchung verlangen. Die antragstellende Person oder dessen gesetzlicher Vertreter hat dafür zu sorgen, dass alle notwendigen Angaben über die zu versichernde Person gemacht werden können.

4.1.4 Widerrufsrecht

Versicherungsnehmer können den Antrag zum Abschluss des Vertrags oder die Erklärung zu dessen Annahme innerhalb einer Bedenkfrist von 14 Tagen widerrufen.

4.2 Beginn der Versicherung

Der Vertrag gilt, sobald der Versicherer die Police aushändigt oder die Annahme des Vertrages erklärt. Der Versicherungsschutz beginnt am vereinbarten und in der Police festgeschriebenen Tag. Bei Verspätungen infolge notwendiger medizinischen oder administrativen Abklärungen erfolgt der Versicherungsbeginn rückwirkend auf den Zeitpunkt, der im Antrag festgelegt worden ist. Die Bestimmungen des VVG bleiben vorbehalten.

4.3 Dauer der Versicherung

4.3.1 Allgemein

Die Versicherung beginnt am vereinbarten und in der Police bezeichneten Tag und endet mit dem Tod der versicherten Person oder Aufhebung des Vertrages.

4.3.2 Unterjähriger Versicherungsabschluss

Grundsätzlich kann die Versicherung jederzeit auf anfangs des nächsten Monats abgeschlossen werden. Die Prämien sind pro rata bis zum Abschluss des Versicherungsjahres geschuldet. Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Bei unterjährigem Abschluss eines Mehrjahresvertrages zählen ganze Kalenderjahre zur Vertragslaufzeit.

4.3.3 Verlängerung

Die Versicherung verlängert sich nach Ablauf des Versicherungsjahres stillschweigend um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht unter Wahrung der ordentlichen Kündigungsfrist gekündigt worden ist.

4.4 Versicherungsänderungen

4.4.1 Versicherungsreduktion

Für Versicherungsreduktionen gelten die Bestimmungen der Kündigung.

4.4.2 Versicherungserhöhung

Für Höherversicherungsanträge gelten die gleichen Bedingungen wie für den neuen Versicherungsantrag.

4.4.3 Änderung durch den Versicherer

Treten nach Versicherungsabschluss in den Rahmenbedingungen für die Versicherung der finanziellen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall weitreichende Veränderungen ein, wie z.B. die Erhöhung der Anzahl von Medizinalpersonen oder neue Kategorien von Medizinalpersonen, Ausbau des medizinischen Leistungsangebotes, Einführung neuer kostenintensiver Therapieformen oder Medikamente und ähnliche Entwicklungen, oder Änderungen in der Gesetzgebung über die Sozialversicherung, so ist

die KKSt berechtigt, die allgemeinen Vertragsbestimmungen anzupassen.

Diese neuen Versicherungsbedingungen werden den Versicherten 30 Tage im Voraus schriftlich mitgeteilt. Sie haben das Recht, innert 30 Tagen seit der Mitteilung auf das Datum der Vertragsänderung von der betroffenen Versicherungsabteilung zurückzutreten. Erfolgt keine Kündigung von Seiten des Versicherten, gilt dies als Zustimmung zu den neuen allgemeinen Vertragsbedingungen.

4.4.4 Änderung der Listen

Bei einer Anpassung der KKSt-eigenen Listen besteht kein Kündigungsrecht.

4.5 Sistierung

4.5.1 Voraussetzung

Die Sistierung der Versicherung in allen oder einzelnen Versicherungszweigen kann beantragt werden, soweit nachweislich eine andere Versicherungsdeckung besteht. Für die Gewährung der Sistierung gelten die gleichen Bestimmungen wie für den Neuabschluss (Risiko-beurteilung). Während der Sistierung wird eine reduzierte Prämie erhoben. Während der Sistierung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

4.5.2 Dauer und Umfang der Sistierung

Die Sistierung beginnt frühestens an dem, der Antragstellung folgenden Monatsersten nach Eintritt des Sistierungsgrundes.

Die Sistierung muss mindestens für eine Dauer von drei Monaten beantragt werden und kann höchstens für eine Dauer von fünf Jahren gewährt werden.

Bei Wegfall des Sistierungsgrundes lebt der Versicherungsschutz vollumfänglich wieder auf, wenn dies innert dreissig Tagen verlangt wird. Ein Leistungsanspruch tritt aber in jedem Fall frühestens auf den nächsten Monatsersten ein, welcher dem Antrag auf Beendigung der Sistierung folgt. Massgebend für Leistungsansprüche nach Wiederaufleben der Versicherung ist das Behandlungsdatum.

Bei Auslandsaufenthalten ist eine Verbindungsadresse in der Schweiz anzugeben. Als Prämiengrundlage für die Sistierung gilt der aktuelle Wohnort.

Bei Rückkehr aus dem Ausland in die Schweiz kann ein Antrag auf Aufhebung der Sistierung frühestens auf den Zeitpunkt der Wohnsitznahme in der Schweiz gestellt werden. Der Versicherte hat der KKSt die Wohnsitznahme amtlich nachzuweisen. Vorübergehende Aufenthalte in der Schweiz, die nur zu Behandlungszwecken und nachfolgender Erholung dienen, gelten nicht als Wohnsitznahme.

5. Beendigung der Versicherung

5.1 Kündigung durch den Versicherten

5.1.1 Ordentliche Kündigung

Die Versicherungsdeckungen können unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf Ablauf der in der Police festgehaltenen Vertragsdauer gekündigt werden. Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn Sie spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der Kündigungsfrist bei der KKSt eingetroffen ist.

Verträge mit langer Laufzeit können auf das Ende des dritten Jahres und jedes darauffolgende Jahr gekündigt werden.

5.1.2 Kündigung im Schadenfall

Nach jedem Schadenfall, für den die KKSt Leistungen erbracht hat, kann der Versicherte innert 14 Tagen seit der Auszahlung oder seit er von der Leistungsübernahme Kenntnis hat, schriftlich vom entsprechenden Teil des Vertrages zurücktreten.

5.1.3 Übertrittsrecht Kollektivversicherung

Wird ein Kollektivvertrag aufgehoben oder scheidet die versicherte Person aus dem versicherten Personenkreis aus, steht ihr das Recht auf Wechsel in die Einzelversicherung zu. Eine Gesundheitsprüfung ist für die Weiterführung der bisherigen Leistungen nicht notwendig. Das Übertrittsrecht muss innert dreissig Tagen schriftlich geltend gemacht werden.

Kein Übertrittsrecht besteht, wenn der Kollektivvertrag für diesen Personenkreis bei einem anderen Versicherer abgeschlossen worden ist.

5.2 Kündigungsrecht des Versicherers

5.2.1 Allgemein

Die KKSt hat kein Kündigungsrecht auf Vertragsablauf bzw. im Schadenfall. Vorbehaltlich bleibt das Kündigungsrecht beider Vertragsparteien aus wichtigem Grund.

5.2.2 Aufenthaltsort Ausland oder unbekannt

Auch ohne Kündigung des Versicherungsnehmers kann die KKSt die Zusatzversicherungen auflösen, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort länger als zwei Monate im Ausland hat oder Aufenthaltsort unbekannt hat. Zusatzbedingungen oder besondere Vereinbarungen mit der KKSt bleiben vorenthalten.

6. Leistungsdefinitionen / Begriffe

6.1 Begriffsdefinitionen

Sämtliche Bestimmungen dieser AVB gelten für die Zusatzversicherungen, sofern es nicht ausdrücklich anders bestimmt ist. Falls nicht ausdrücklich anders geregelt, gelten im Sinne dieses Vertrages sämtliche Begriffe, welche durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und das

ATSG bestimmt werden, auch für die Zusatzversicherungen.

6.1.1 Krankheit

Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen.

6.1.2 Unfall

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.

Folgende, abschliessend aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

- A Knochenbrüche
- B Verrenkungen von Gelenken
- C Meniskusrisse
- D Muskelrisse
- E Muskelzerrungen
- F Sehnenrisse
- G Bandläsionen
- H Trommelfellverletzungen

Ebenfalls als Unfälle gelten Berufskrankheiten, die gemäss Unfallversicherungsgesetz als Unfälle anerkannt sind.

Selbstmord, Selbstverstümmelung und der Versuch zu diesen Handlungen gelten nur dann als Unfall, wenn der Versicherte zur Zeit der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln.

6.1.3 Mutterschaft

Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt sind versichert wie Krankheit, wenn die entsprechende Zusatzversicherung zum Zeitpunkt der Niederkunft mindestens 360 Tage gedauert hat. Für Schwangerschaftskomplikationen und Frühgeburten gelten die gleichen Bestimmungen.

6.2 Geltungsbereich

6.2.1 Örtlich

Die Versicherung gilt grundsätzlich für Behandlungen die in der Schweiz stattfinden. Bei gewissen Behandlungen (z.B. Notfälle) gilt sie weltweit, wobei die Leistungsvoraussetzungen in den ZB abschliessend geregelt sind.

6.2.2 Zeitlich

Ein Leistungsanspruch besteht während der Dauer der Versicherung. Bei einer Kündigung im Schadenfall erlischt die Haftung der KKSt nach Ablauf von 14 Tagen, nachdem der Versicherungsnehmer die Kündigung mitgeteilt hat. Bei Leistungen, die nach der Beendigung der Versicherungsdeckung anfallen, besteht kein

Leistungsanspruch, vorbehaltlich periodische Leistungsverpflichtungen im Sinne von Art. 35c VVG. Massgebend ist das Behandlungsdatum.

6.3 Versicherte Leistungen

6.3.1 Leistungsumfang

Bezugsberechtigt sind die Leistungen gemäss der, in der Police aufgeführten Versicherungsdeckungen und gemäss den einschlägigen Bestimmungen der ZB für die abgeschlossenen Versicherungszweige.

6.3.2 Wirtschaftlichkeit

Behandlungen werden im Rahmen der ZB übernommen, wenn sie wirtschaftlich, zweckmässig, wirksam und medizinisch notwendig sind. Somit können Leistungen für medizinische Behandlungen nur dann vergütet werden, wenn sie sich auf das Interesse der versicherten Person und dem Behandlungszweck erforderliche Mass beschränken.

6.3.3 Anerkannte Medizinalpersonen

Behandlungen durch Medizinalpersonen oder medizinische Institute sind versichert, wenn diese gemäss KVG anerkannt sind. Die Leistungen anderer Leistungserbringer sind versichert, wenn die in den ZB der einzelnen Versicherungszweige ausdrücklich vorgesehen sind.

6.4 Leistungseinschränkungen

6.4.1 Vorbehalte

Der Versicherer kann für Krankheiten, Unfälle, Unfallfolgen, Gebrechen oder anderweitige Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes einen Leistungsausschluss (Vorbehalt) aussprechen. Dieser Vorbehalt kann sowohl für vergangene, als auch zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehende gesundheitliche Probleme angewendet werden. Vorbehalte bleiben grundsätzlich lebenslang bestehen. Vorbehalte werden den Versicherten als Beilage zur Police schriftlich mitgeteilt. Dem Versicherten steht der Nachweis zu, dass das unter Vorbehalt gestellte Leiden sich infolge Heilung nicht mehr verwirklichen kann. Bei entsprechendem Nachweis und Antrag wird der Vorbehalt aufgehoben.

6.4.2 Ausschlüsse

Der Versicherer erbringt in den nachfolgend aufgeführten Fällen keine Versicherungsleistungen:

- A Für Krankheiten und Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss bestanden haben, und für die der Versicherer einen Vorbehalt ausgesprochen hat
- B Für gesundheitliche Beeinträchtigungen, die bei Antragstellung bereits bestanden haben und die der Antragsteller verheimlicht hat (Anzeigepflichtverletzung)
- C Während der Karenzzeit
- D Wenn eine Behandlung nicht der Behebung einer gesundheitlichen Störung oder deren

Folgen dient. Vorbehalten bleiben präventive Massnahmen, soweit sie in den ZB ausdrücklich versichert sind

- E Für Behandlungen, die durch einen, vom Versicherer nicht anerkannter Leistungserbringer durchgeführt werden
- F Für Zahnbehandlungen, soweit in den abgeschlossenen Versicherungszweigen die Leistungsübernahme nicht ausdrücklich vorgesehen ist
- G Bei Sistierung der Versicherungsdeckung oder Teilen davon
- H Bei Zahlungsverzug vom Ablauf der Mahnfrist bis zur vollständigen Bezahlung sämtlicher Verpflichtungen. Die Anspruchsberechtigung lebt erst nach der vollständigen Bezahlung wieder auf. Rückwirkend besteht auch nach der Schuldbegleichung kein Leistungsanspruch
- I Für Folgen von kriegerischen Ereignissen, Unruhen aller Art, sowie bei ausländischem Militärdienst
- J Bei Gesundheitsschäden, die als Folge der aktiven Teilnahme an strafbaren Handlungen, Schlägereien, und anderen Gewalttätigkeiten entstanden sind
- K Für Folgen von Gefahren, denen der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere provoziert
- L Für Folgen von Erdbeben und Meteoreinschlägen
- M Für Gesundheitsschäden, die als Folge von industriellen Grossschadensereignissen oder bei Schädigung durch ionisierende Strahlen auftreten
- N Für Organtransplantationen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben (SVK) Solothurn, Fallpreispauschalen vereinbart hat, unabhängig davon, wo die Transplantation durchgeführt wird
- O Für gesetzliche und vereinbarte Kostenbeteiligungen sowohl der gesetzlichen Krankenpflegeversicherung, als auch der einzelnen Versicherungszweige
- P Für Heilbehandlungen und Arbeitsunfähigkeit infolge missbräuchlichen Konsums von Arzneimitteln, Drogen und Alkohol. Der Missbrauch dieser Suchtmittel gilt ausdrücklich nicht als Krankheit und löst keine Leistungspflicht des Versicherers aus
- Q Für kosmetische Operationen
- R Bei ungerechtfertigtem Verzicht auf Leistungen Dritter
- S Für Medikamente aus der KKSt-Medikamentenliste (diese umfasst insbesondere Lifestyle-Präparate)

Allfällige weitere Ausschlüsse sind in den ZB für die einzelnen Versicherungszweige festgehalten.

6.4.3 Einschränkungen

Leistungen können gekürzt oder verweigert werden:

- A Bei verschuldeter Verletzung der Pflichten aus Gesetz, AVB, Zusatzbedingungen oder besonderen Vereinbarungen im Schadenfall durch den Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreter, es sei denn, es wird bewiesen, dass das vertragswidrige Verhalten auf die Folgen der Krankheit oder des Unfalls und deren Feststellung keinen Einfluss ausgeübt hat. Der Leistungsanspruch verfällt, wenn nach schriftlicher Mahnung durch die KKSt nicht binnen vier Wochen sämtliche verlangten Unterlagen beigebracht werden

- B Bei grobfahrlässigem Herbeiführen der Gesundheitsschädigung
- C Bei Gesundheitsschädigungen, die auf ein Wagnis zurückzuführen sind, sich die versicherte Person also einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein normales Mass reduzieren. Als Wagnis gelten insbesondere Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen, Trainings dazu und Teilnahme an gefährlichen Trendsportarten wie Base-Jumping, Canyoning, Fullcontact-Wettkämpfen (z.B. Boxwettkämpfe), Tauchen in einer Tiefe von mehr als 40 Metern, u.a.
- D Bei absichtlich herbeigeführten Gesundheitsschädigungen, auch als Folge von Selbsttötungsversuchen oder Selbstverletzungen durch die versicherte oder eine andere Person
- E Sofern der Versicherungsschutz nicht ein volles Kalenderjahr dauert, wird ein etwaiger versicherter Höchstbetrag gemäss ZB oder Police anteilmässig gekürzt.
- F Verlangen die ZB, dass der Versicherte vor der Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung eine Kostengutsprache oder eine Zweitmeinung bei der KKSt einholt, so können die Leistungen verweigert werden, wenn die entsprechende Kostengutsprache oder Zweitmeinung fehlt

7. Mitwirkungspflicht

7.1 Meldepflicht

Im Grundsatz werden nur Originalrechnungen abgerechnet. Bei einer ausgewiesenen Leistungspflicht eines anderen Risikoträgers ist nebst der Originalrechnung auch die Abrechnung dieses Versicherers beizulegen. Die Versicherten haben eine direkte Mitwirkungspflicht.

7.2 Schadenminderungspflicht

Der Versicherte hat alle, zur Schadenminderung notwendigen Massnahmen beizutragen. Insbesondere hat er alles zur Förderung der Genesung mögliche vorzukehren und die Anweisungen der Leistungserbringer strikte einzuhalten.

7.3 Auskunftspflicht

Der Versicherte entbindet die Leistungserbringer, die ihn behandeln oder behandelt haben, ausdrücklich von der Schweigepflicht. Dasselbe gilt für Versicherer, bei denen eine Versicherungsdeckung besteht oder bestanden hat. Die KKSt kann somit uneingeschränkt die notwendigen Auskünfte direkt einholen.

Die KKSt ist berechtigt, Antragsteller oder Versicherte einer vertrauensärztlichen Untersuchung unterziehen zu lassen. Die KKSt trägt hierbei die Kosten für diese Untersuchung.

Der Versicherte ist verpflichtet, der KKSt sämtliche relevanten Auskünfte eines anderen Versicherers zugänglich zu machen. Darin enthalten sind Entscheide zu Dritteleistungen, Verfügungen

von Sozialversicherern, Regress- und Saldoquittungen. Die Aufzählung ist nicht abschliessend. Ohne Einwilligung der KKSt dürfen keine Schadenregulierungen vorgenommen werden, wenn Vorleistungen bezogen worden sind, oder rückwirkende Leistungsansprüche des Versicherers wahrscheinlich sind.

8. Prämien / Zahlungen

8.1 Prämien

8.1.1 Allgemein

Die Prämien werden in einem Prämientarif pro Versicherungszweig festgesetzt. Innerhalb des Versicherungszweiges sind Abteilungstarife möglich. Die für Sie gültige Prämie entnehmen Sie Ihrer Police.

8.1.2 Prämienfestsetzung

Die Festsetzung der Prämien werden risikogerecht nach Lebensalter, Geschlecht und Wohnort festgesetzt.

Übertritte in die nächste Altersstufe erfolgen per 31. Dezember. Die Altersstufen sind nach Lebensalter 0-18, 19-25 und ab 26 Jahren in 5-Jahres-Gruppen gegliedert. Die höchste Altersstufe ist 81+. Beim Produkt InVita ist die höchste Altersstufe 71+.

Prämienkorrekturen aufgrund von Veränderungen in den persönlichen Verhältnissen werden am darauffolgenden Monatsersten wirksam. Bei einer verspäteten Meldung ist eine Mehrprämie rückwirkend geschuldet.

8.2 Anpassung Prämientarife / Kostenbeteiligung

Die Prämientarife und Kostenbeteiligungen können jährlich der Schadenentwicklung angepasst werden.

Anpassungen der Prämientarife und Kostenbeteiligungen sowie Prämienänderungen infolge Wechsel in eine höhere Altersgruppe, werden dem Versicherten spätestens 30 Tage vor Ende des Kalenderjahres schriftlich (per Brief oder elektronisch) mitgeteilt. Der Wechsel in eine höhere Altersgruppe ist in der Regel mit einer Erhöhung der Prämie verbunden. Der Versicherte hat das Recht, innert 30 Tagen auf das Datum der Bekanntgabe der Änderung während den üblichen Bürozeiten, den entsprechenden Versicherungszweig zu kündigen. Erfolgt keine Kündigung innerhalb der gesetzten Frist, gilt die Änderung als akzeptiert.

8.3 Prämienschuld

8.3.1 Fälligkeiten

Die Prämien sind im Voraus und per Lastschriftverfahren, Debit Direct oder EBBP zu entrichten. Die Prämien sind ohne Unterbruch zu bezahlen. Es besteht keine Prämienbefreiung im Schadenfall, bei Erbringung der Karenzfrist und bei der Sistierung. Der Versicherte hat die Prämien in schweizerischer Währung zu entrichten. Für den Zahlungsverkehr hat er dem Versicherer ein schweizerisches Bank- oder Postkonto zu nennen. Rechnungsbeträge bis CHF 200.- pro Jahr können nur jährlich bezahlt werden. Die KKSt kann nach Ablauf der Zahlungsfrist administrative Kosten (Mahnggebühren) geltend machen.

8.3.2 Zahlungsausstände

Wird die Pflicht zur Entrichtung der Prämie und fälliger Kostenbeteiligungen innert einer Nachfrist von vierzehn Tagen nicht erfüllt, so ruht die Leistungspflicht der KKSt vom Ablauf der Mahnfrist an bis zur vollständigen Bezahlung der Prämienschuld und allfälliger Zinsen und administrativer Kosten. Auch nach der Bezahlung sämtlicher Forderungen tritt keine rückwirkende Anspruchsberechtigung in Kraft.

8.3.3 Ausschluss

Sofern der Versicherte sämtliche Prämienausstände nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist entrichtet hat, kann die KKSt den Vertrag aufheben.

8.4 Zahlungsbestimmungen

8.4.1 Verrechnung

Die KKSt kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber dem Versicherten verrechnen. Der Versicherte hat gegenüber dem Versicherer kein Verrechnungsrecht.

8.4.2 Verpfändung und Abtretung

Forderungen gegenüber dem Versicherer können weder verpfändet noch abgetreten werden.

8.4.3 Leistungsschuldnerschaft

Sofern zwischen der KKSt und dem Leistungserbringer keine andere Vereinbarung besteht, ist der Versicherte Schuldner.

Bestehen zwischen der KKSt und dem Leistungserbringer Verträge und Tarife, werden die Zahlungsmodalitäten dort geregelt. Die Möglichkeit der Direktzahlung ist vorgesehen. Im Falle von Direktzahlungen ist der Versicherte verpflichtet, der KKSt allfällige Kostenbeteiligungen innert vierzehn Tagen zu entrichten.

Honorarvereinbarungen zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer sind für den Versicherer nicht verbindlich. Der Leistungsanspruch besteht nur im Rahmen des vom Versicherer für den entsprechenden Leistungserbringer anerkannten Tarifs.

Zu Unrecht bezogene Leistungen werden vom Versicherer zurückgefordert oder mit Leistungsansprüchen verrechnet. Die ungerechtfertigten Leistungen sind innert dreissig Tagen zurückzubehalten.

8.4.4 Verjährung

Der Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber dem Versicherer verjährt fünf Jahre nach Eintritt der Tatsache, die die Leistungspflicht des Versicherers begründet hat.

Für Verträge, die vor dem 1.1.2022 abgeschlossen wurden, gilt bezüglich Schulden des Versicherungsnehmers eine Verjährungsfrist von zwei Jahren.

9. Zusammentreffen mehrerer Versicherer

9.1 Subsidiarität

9.1.1 Allgemein

Haftet für einen gemeldeten Schaden ein Dritter aus Gesetz oder Verschulden, ist der Versicherer nicht oder höchstens für den ungedeckten Teil leistungspflichtig.

9.1.2 Leistungen der öffentlichen Hand

Sofern Leistungsansprüche aus Bestimmungen von Bund, Kantonen oder Gemeinden bestehen, besteht für die KKSt hierzu keine Leistungspflicht.

9.1.3 Doppelversicherungen

Sind mehrere Versicherer oder Dritte leistungspflichtig, so muss dies die versicherte Person der KKSt anzeigen. Anzeigepflichtig ist zudem der Bezug von Leistungen. Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen über die Doppel- und Überversicherung. Die nach diesen AVB zu leistenden Entschädigungen sind begrenzt auf denjenigen Anteil an der Gesamtversicherungssumme, die dieser Deckung entsprechen.

9.1.4 Verzicht auf Leistungen

Versicherten ist es ohne Zustimmung der KKSt ausdrücklich untersagt, auf ihnen zustehende Leistungen zu verzichten. Jeder Leistungsfall, bei dem andere Versicherer ebenfalls leistungspflichtig sind, ist der KKSt zu melden. Als Verzicht gilt auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruches. Schadenregulierungsvereinbarungen dürfen ohne ausdrückliche Zustimmung durch die KKSt nicht unterzeichnet werden.

Im Weiteren gelten die gesetzlichen Bestimmungen über die Doppel- und Überversicherung.

9.2 Zusammentreffen mit Sozialversicherern

Es werden grundsätzlich keine Leistungen übernommen, für die eine Leistungspflicht einer Sozialversicherung (z.B. AHV, IV, EO, MV, KVG, UVG, AVIG etc.) besteht. Der Leistungsanspruch ist beim entsprechenden Sozialversicherer anzumelden.

9.3 Regressleistungen

Gegenüber Sozialversicherern können Vorleistungen übernommen werden. Voraussetzung dazu ist, dass der Versicherte sich in zumutbarem Rahmen erfolglos um die Durchsetzung seiner Ansprüche bemüht hat und seine Ansprüche gegenüber dem Sozialversicherer an die KKSt abtritt. Gegenüber Privatversicherern werden grundsätzlich keine Vorleistungen ausgerichtet.

10. Mitteilungen

10.1 Persönliche Verhältnisse

Änderungen in den persönlichen Verhältnissen sind der KKSt innert dreissig Tagen zu melden. Diese Meldepflicht besteht auch zu den Vertragsinhalten in Kollektivverträgen. Die Meldungen sind der KKSt schriftlich an die Geschäftsstelle zuzustellen.

10.2 Versicherteninformationen

Sofern in den AVB oder ZB nichts anderes festgelegt ist, können schriftliche Mitteilungen sowohl von Versicherungsnehmenden an KKSt (z.B. an die Post- bzw. E-Mailadresse der auf der Police angegebenen Adresse als auch umgekehrt in schriftlich oder in einer anderen Form, die den Nachweis durch Text ermöglicht, übermittelt werden.

Die Versicherteninformationen erfolgen in der Versichertenzeitschrift. Versicherungsnehmende erhalten Mitteilungen von KKSt an die zuletzt gemeldete Postadresse, E-Mail-Adresse, das Kundenportal (wobei ein Hinweis per E-Mail erfolgt) oder sie werden auf der Webseite von KKSt und mit der jährlichen Policenbeilage bekanntgegeben.

Versicherten im Ausland werden die Informationen an die Kontaktadresse in der Schweiz gesandt.

11. Gerichtsstand

Bei Streitigkeiten zwischen dem Versicherten und der KKSt steht der klagenden Person wahlweise die Anrufung des Gerichtes am schweizerischen Wohnort oder Geschäftssitz der KKSt offen.