

Versicherungen nach KVG

Reglement Ausgabe 01.2022

Um die Vertragsbestimmungen leichter lesbar zu gestalten, sind gewisse personenbezogene Bezeichnungen in männlicher Form gehalten; selbstverständlich gelten diese Bezeichnungen auch für weibliche Personen.

Inhaltsverzeichnis

I	Gemeinsame Bestimmungen	2	III	Taggeldversicherung nach KVG	4
1	Gültigkeit	2	23	Grundsatz	4
2	Beitritt/Aufnahme	2	24	Aufnahmebedingungen	4
3	Sistierung der Versicherungsdeckung	2	25	Freizügigkeit	4
4	Rechtswirkungen der Unterzeichnung des Antragsformulars	2	26	Unfall	4
5	Zugehörigkeit zur/ Wechsel der Agentur	2	27	Leistungsumfang	4
6	Ende der Versicherung	2	28	Beginn und Ende des Leistungsanspruchs	4
7	Melde-, Auskunfts- und Mitwirkungspflicht	2	29	Leistungsdauer	4
8	Schadenminderungspflicht der versicherten Person	2	30	Kürzung und Einstellung von Leistungen	4
9	Abgeltungsvereinbarungen	2	31	Herabsetzung der Taggeldversicherung	4
10	Rückerstattung	2	IV	Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers	5
11	Verrechnung	3	32	Eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers	5
12	Verpfändung	3	V	Schlussbestimmungen	5
13	Belastung der Kostenbeteiligung	3	33	Publikation Reglement	5
14	Bezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen	3	34	Inkrafttreten	5
15	Schweigepflicht	3			
16	Datenschutz	3			
17	Rechtspflege	3			
II	Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit wählbaren Franchisen	3			
18	Grundsatz	3			
19	Wahlmöglichkeiten	3			
20	Beitritt/Austritt/Wechsel der Franchise	3			
21	Kostenbeteiligung/Höchstbetrag	3			
22	Gesetzliche Bestimmungen	4			

I Gemeinsame Bestimmungen

Art. 1 Gültigkeit

- 1.1 Die ARCOSANA AG (nachfolgend Arcosana) erlässt das vorliegende Reglement in Anwendung und Ergänzung der gesetzlichen Bestimmungen. Das Reglement ist nicht abschliessend. Massgebend sind das Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) sowie die entsprechenden Ausführungsbestimmungen.
- 1.2 Dieses Reglement gilt für die von der Arcosana nach dem KVG geführten Versicherungen.

Art. 2 Beitritt/Aufnahme

- 2.1 Der Beitritt ist auf dem von der Arcosana abgegebenen Formular schriftlich zu erklären. Für eine nicht handlungsfähige Person ist die Erklärung von ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterzeichnen. Die gestellten Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten.
- 2.2 Der Bewerber kann vor dem Ausfüllen des Antragsformulars Einsicht in das Reglement der Arcosana nehmen.
- 2.3 Die Versicherung beginnt ab dem vereinbarten Datum.

Art. 3 Sistierung der Versicherungsdeckung

- 3.1 Eine versicherte Person, die für Berufs- und Nichtberufsunfälle obligatorisch versichert ist, kann gegen eine Prämienermässigung die Sistierung der Unfalldeckung beantragen. Die Prämie wird auf Beginn des dem Antrag folgenden Monats reduziert. Scheidet die versicherte Person aus der obligatorischen Unfallversicherung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG) aus, hat sie dies der Arcosana innert eines Monats zu melden. Nach Erlöschen der Deckung gemäss UVG lebt die Unfalldeckung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wieder auf. Die Prämienzahlungspflicht besteht ab dem ersten Tag nach Wegfall der UVG-Deckung.
- 3.2 Eine versicherte Person ist ab Beginn der Unterstellung unter die Militärversicherung für die Tage der effektiven Unterstellung von der Prämienzahlung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung befreit, wenn sie die Unterstellung mindestens acht Wochen vor deren Beginn der Arcosana meldet und die Unterstellung länger als 60 aufeinanderfolgende Tage dauert.

Art. 4 Rechtswirkungen der Unterzeichnung des Antragsformulars

- 4.1 Mit der Unterzeichnung des Antragsformulars anerkennt der Bewerber das vorliegende Reglement und die Tarife der Arcosana.
- 4.2 Die Prämien sind ab Beginn der Versicherung (Geburt, Wohnsitznahme in der Schweiz) anteilmässig geschuldet.

Art. 5 Zugehörigkeit zur/ Wechsel der Agentur

- 5.1 Die versicherte Person wird der für ihren Wohnort zuständigen Agentur zugeteilt. In besonderen Fällen kann sie einer anderen Agentur zugeteilt werden; jedenfalls hat sie aber die Prämien gemäss dem für seinen Wohnort massgebenden Tarif zu entrichten.
- 5.2 Jeder Wohnortswechsel ist der Arcosana innert zwei Wochen zu melden.
- 5.3 Hat der Wechsel des Wohnorts einen Wechsel der Agentur zur Folge, erfolgt dieser auf den Anfang des folgenden Kalendermonats.
- 5.4 Ein zeitlich zum vornherein beschränkter Wohnortswechsel von maximal 12 Monaten begründet keinen Wechsel der Agentur.

- 5.5. Ein Wohnortswechsel ist kein Kündigungsgrund. Auch wenn der Umzug in eine andere Prämienregion zu einer Prämienänderung führt, berechtigt dies nicht zu einer unterjährigen Kündigung.

Art. 6 Ende der Versicherung

- 6.1 Die versicherte Person kann durch schriftliche Mitteilung unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalendersemesters von der Arcosana zu einem anderen Versicherer wechseln. Bei Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht, den Versicherer wechseln.
- 6.2 Mit dem Austritt aus der Arcosana enden die Versicherung und der Leistungsanspruch.
- 6.3 Die ausgetretene versicherte Person schuldet die Prämien, ausstehende Kostenbeteiligungen und Spesen bis zum Ende der Versicherung. Sie ist ferner zur Rückerstattung unrechtmässig bezogener Leistungen verpflichtet.
- 6.4 Die Prämien sind bei Wegzug ins Ausland oder Tod anteilmässig geschuldet.

Art. 7 Melde-, Auskunfts- und Mitwirkungspflicht

- 7.1 Will die versicherte Person Leistungen beziehen, ist dies der Arcosana zu melden.
- 7.2 Die versicherte Person hat der Arcosana die zur Abklärung eines Leistungsanspruches und zur Festsetzung der Leistungen notwendigen Auskünfte zu erteilen und die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung zu stellen und ermächtigt die Arcosana, zu diesem Zweck in Akten anderer Versicherer oder von Behörden Einsicht zu nehmen.
- 7.3 Die versicherte Person hat der Arcosana Verfügungen und Rentenentscheide anderer Sozialversicherungen unaufgefordert einzureichen, soweit sie die Leistungspflicht der Arcosana berühren können.
- 7.4 Die versicherte Person ist verpflichtet, bei Krankheit und Unfall der Arcosana über anderweitige Ansprüche und Bezüge, wie Versicherungsleistungen, Lohn, Lohnersatz, Renten usw. unaufgefordert Auskunft zu geben.
- 7.5 Auf Verlangen der Arcosana hat sich die versicherte Person bei anderen Sozialversicherern anzumelden.
- 7.6 Die versicherte Person ist verpflichtet, der Arcosana für die bargeldlose Leistungsrückerstattung ein Bank- oder Postkonto mitzuteilen. Andernfalls ist die Arcosana berechtigt, einen Unkostenbeitrag von CHF 20 zu erheben.

Art. 8 Schadenminderungspflicht der versicherten Person

Bei einem Unfall hat die versicherte Person alles zu unternehmen, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Im Rahmen der Behandlung hat sie den Anordnungen des zugelassenen Leistungserbringers Folge zu leisten.

Art. 9 Abgeltungsvereinbarungen

Ist die Leistungspflicht der Arcosana berührt, so hat die versicherte Person die Arcosana über Vereinbarungen mit einem leistungspflichtigen Dritten, in welcher sie teilweise oder gänzlich auf Versicherungsleistungen oder Schadenersatz verzichtet, zu informieren.

Art. 10 Rückerstattung

Zu Unrecht bezogene Leistungen sind der Arcosana zurückerstatten. Bei gutem Glauben und gleichzeitigem Vorliegen einer grossen Härte besteht keine Rückerstattungspflicht der versicherten Person.

Art. 11 Verrechnung

Forderungen der Arcosana gegenüber der versicherten Person werden mit fälligen Leistungen verrechnet. Der Versicherer darf Versicherungsleistungen nicht mit gemahnten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen. Der versicherten Person steht gegenüber der Arcosana keine Verrechnung zu.

Art. 12 Verpfändung

Die versicherte Person darf ihre Forderungen gegen die Arcosana nicht an Dritte verpfänden. Die Arcosana betrachtet solche Vereinbarungen als nichtig.

Art. 13 Belastung der Kostenbeteiligung

Ist die Arcosana Honorarschuldnerin, so wird die ordentliche Franchise der versicherten Person bei der Abrechnung des Krankheitsfalles zusammen mit dem Selbstbehalt belastet. Bei höheren Franchisen ist die versicherte Person grundsätzlich Honorarschuldnerin; vorbehalten bleiben anders lautende Verträge der Arcosana mit Dritten sowie die Bestimmungen des KVG bezüglich des Abkommens über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und EU bzw. EFTA.

Art. 14 Bezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen

- 14.1 Die versicherte Person ist verpflichtet, die ihrer Versicherung und Einteilung entsprechenden Prämien gemäss Police im Voraus zu entrichten.
- 14.2 Auslagen der Arcosana für Mahnungen und Betreibungen fallen zulasten der versicherten Person.
- 14.3 Hat die versicherte Person ihre Schuld bis Ablauf der Zahlungsfrist nicht beglichen, wird ihr eine schriftliche Mahnung unter Hinweis auf die Säumnisfolgen mit einer Nachfrist zugestellt, nach deren Ablauf Betreibung eingeleitet werden kann.
- 14.4 Vorbehalten bleiben die Bestimmungen des KVG bezüglich des Abkommens über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und EU bzw. EFTA.
- 14.5 Die Prämien und Kostenbeteiligungen werden durch die Arcosana in Schweizer Franken in Rechnung gestellt.

Art. 15 Schweigepflicht

Alle Mitarbeitenden der Arcosana sind zur vollen Verschwiegenheit verpflichtet (Art. 33 ATSG).

Art. 16 Datenschutz

Der Datenschutz richtet sich nach dem KVG, dem ATSG und dem Bundesgesetz über den Datenschutz vom 19. Juni 1992.

Art. 17 Rechtspflege

- 17.1 Ist eine versicherte Person oder ein Bewerber mit einem Entscheid der Arcosana nicht einverstanden, so erlässt die Arcosana innert 30 Tagen eine schriftlich begründete Verfügung mit Hinweis auf Einspracherecht und Einsprachefrist.
- 17.2 Gegen eine solche Verfügung der Arcosana kann innert 30 Tagen seit deren Zustellung Einsprache bei der Arcosana, Zentralsitz, erhoben werden. Gegen den Einspracheentscheid der Arcosana kann innert 30 Tagen Verwaltungsgerichtsbeschwerde beim kantonalen Versicherungsgericht erhoben werden. Zuständig ist das Versicherungsgericht jenes Kantons, in welchem die versicherte Person, der Bewerber oder der Beschwerde führende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung seinen Wohnsitz hat.
- 17.3 Die Verfügung oder der Einspracheentscheid erwächst in Rechtskraft nach unbenütztem Ablauf der entsprechenden Rechtsmittelfrist oder bei Vorliegen eines rechtskräftigen Einspracheentscheides oder Urteils.

II Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit wählbaren Franchisen

Art. 18 Grundsatz

- 18.1 Die Arcosana führt als besondere Versicherungsform die Versicherung mit wählbaren Franchisen.
- 18.2 Die Leistungen dieser Versicherung entsprechen grundsätzlich jenen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Art. 19 Wahlmöglichkeiten

- 19.1 Die wählbaren Franchisen und die Prämienreduktionen betragen:

Erwachsene:

Wahlfranchise	Max. Prämienreduktion pro Jahr
CHF 500	CHF 140
CHF 1000	CHF 490
CHF 1500	CHF 840
CHF 2000	CHF 1190
CHF 2500	CHF 1540

Kinder:

Wahlfranchise	Max. Prämienreduktion pro Jahr
CHF 100	CHF 70
CHF 200	CHF 140
CHF 300	CHF 210
CHF 400	CHF 280
CHF 600	CHF 420

- 19.2 Der Franchisebetrag wird in der Police ausgewiesen.
- 19.3 Die Prämienreduktion bemisst sich auf den für die betreffende versicherte Person geltenden Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Art. 20 Beitritt/Austritt/Wechsel der Franchise

- 20.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht ausser den versicherten Personen, die in einem Mitgliedstaat der EU oder EFTA Wohnsitz haben, sämtlichen versicherten Personen offen. Die Wahl einer höheren Franchise ist nur auf Beginn eines Kalenderjahres möglich.
- 20.2 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist frühestens ein Jahr nach dem Beitritt zur Versicherung mit wählbaren Franchisen unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

Art. 21 Kostenbeteiligung/Höchstbetrag

- 21.1 Nebst dem festen Jahresbeitrag (Franchise) beteiligt sich die versicherte Person an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen in gleichem Umfang wie eine versicherte Person der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Selbstbehalt auf den die Franchise übersteigenden Kosten/täglicher Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital).
- 21.2 Es gelten folgende maximale Kostenbeteiligungen (Franchise und Selbstbehalt) bei mehreren Kindern innerhalb einer Familie:

Franchise	Kostenbeteiligung pro Kind	maximale Kostenbeteiligung mehrere Kinder
CHF 0	CHF 350	CHF 600
CHF 100	CHF 450	CHF 600
CHF 200	CHF 550	CHF 600
CHF 300	CHF 650	CHF 650
CHF 400	CHF 750	CHF 750
CHF 600	CHF 950	CHF 950

- 21.3 Bei unterschiedlichen versicherten Kinderfranchisen innerhalb einer Familie kommt die maximale Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) der jeweils höchsten versicherten Franchise zur Anwendung.
- 21.4 Bei Behandlungen in einem EU- oder EFTA-Staat sind die Kostenbeteiligungsregelungen des jeweiligen Staates anwendbar.

Art. 22 Gesetzliche Bestimmungen

Für die Versicherung mit wählbaren Franchisen sind das KVG sowie das ATSG mit den entsprechenden Ausführungsbestimmungen anwendbar.

III Taggeldversicherung nach KVG

Art. 23 Grundsatz

- 23.1 Die Arcosana führt die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG. Die minimale Taggeldversicherung beträgt CHF 2 pro Tag, der Höchstbetrag CHF 10.
- 23.2 Für versicherte Personen, die vor dem 1. Januar 1997 bei INTRAS eine Taggeldversicherung gemäss KUVG abgeschlossen haben, ist der maximal versicherbare Betrag, vorbehaltlich der Überversicherung, nicht begrenzt.

Art. 24 Aufnahmebedingungen

- 24.1 Wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat, kann eine Taggeldversicherung bis zum genannten Höchstbetrag abschliessen.
- 24.2 Die Arcosana kann vom Bewerber verlangen, dass er ein ärztliches Zeugnis über seinen Gesundheitszustand beibringt. Reicht der Bewerber das ärztliche Zeugnis nicht innert zwei Monaten ein, wird der Versicherungsantrag als dahingefallen betrachtet.
- 24.3 Die Arcosana kann Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen. Das Gleiche gilt für frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können. Der Versicherungsvorbehalt fällt spätestens nach 5 Jahren dahin. Die versicherte Person kann vor Ablauf dieser Frist den Nachweis erbringen, dass der Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.
- 24.4 Bei Höherversicherungen gelten die Aufnahmebedingungen (Altersgrenze, Versicherungsvorbehalt) sinngemäss.

Art. 25 Freizügigkeit

- 25.1 Die Arcosana gewährt Freizügigkeit im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.
- 25.2 Die versicherte Person hat ihr Recht auf Freizügigkeit innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung des früheren Versicherers geltend zu machen.
- 25.3 Die beim bisherigen Versicherer bezogenen Taggelder werden auf die Dauer der Bezugsberechtigung angerechnet.

Art. 26 Unfall

Das Unfallrisiko ist in der Taggeldversicherung inbegriffen. Durch schriftliche Erklärung der versicherten Person kann der Ausschluss des Unfallrisikos erfolgen.

Art. 27 Leistungsumfang

- 27.1 Anspruch auf das Taggeld besteht, wenn gänzliche Arbeitsunfähigkeit von einer zu deren Bescheinigung befugten Person schriftlich bestätigt ist. Dauert jedoch die Arbeitsunfähigkeit nur zwei Tage, so wird kein Taggeld ausgerichtet.
- 27.2 Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von wenigstens 50% besteht Anspruch auf ein entsprechend herabgesetztes Taggeld.
- 27.3 Bei Aufenthalt ausserhalb des Tätigkeitsgebiets der Arcosana besteht Anspruch auf das Taggeld nur, wenn sich die versicherte Person in einer Heilanstalt oder in einer ärztlich geleiteten Kuranstalt aufhält. Dies gilt nicht für versicherte Personen gemäss Art. 14.4. Diesbezüglich bleiben die Bestimmungen des Abkommens über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und der EU bzw. EFTA vorbehalten.
- 27.4 Vorbehaltlich anders lautender vertraglicher Regelung bezahlt die Arcosana keine Kosten für Zeugnisse der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person.
- 27.5 Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Art. 28 Beginn und Ende des Leistungsanspruchs

- 28.1 Der Anspruch auf Taggeld beginnt mit dem zweiten Tag der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit. Erfolgt die Krankmeldung nach dem dritten Tag seit Beginn der Behandlung, so beginnt der Leistungsanspruch erst vom Tage der Krankmeldung an, es sei denn, für die Verzögerung treffe die versicherte Person kein Verschulden. Bei Aufenthalt in einer Heilanstalt beginnt der Anspruch mit dem Tage des Eintrittes in die Heilanstalt.
- 28.2 Das Taggeld wird bis zum letzten Tag der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit ausbezahlt.

Art. 29 Leistungsdauer

- 29.1 Das Taggeld wird für eine oder mehrere Erkrankungen während 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen ausgerichtet.
- 29.2 Die versicherte Person darf die Erschöpfung der Genussberechtigung nicht dadurch aufhalten, dass sie vor Ende der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit auf das Taggeld verzichtet.

Art. 30 Kürzung und Einstellung von Leistungen

- Die Leistungen können vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden, wenn die versicherte Person
- das versicherte Ereignis vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert hat.
 - sich einer zumutbaren Behandlung entzieht oder diese verweigert oder nicht aus eigenem Antrieb das Zumutbare dazu beiträgt. Diesfalls ist die versicherte Person vorgängig schriftlich zu mahnen und darauf hinzuweisen, dass die Leistungen gekürzt beziehungsweise vollständig verweigert werden.

Art. 31 Herabsetzung der Taggeldversicherung

- 31.1 Eine Reduktion der Versicherung kann jederzeit auf Ende eines jeden Monats schriftlich verlangt werden.
- 31.2 Die Taggeldversicherung wird auf Ende des Kalendermonates, in welchem das 65. Altersjahr erreicht wird, auf CHF 2 herabgesetzt.

IV Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers

Art. 32 Eingeschränkte Wahl des Leistungserbringers

Für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers bestehen besondere Reglemente.

V Schlussbestimmungen

Art. 33 Publikation Reglement

Weitere Informationen und verbindliche Mitteilungen wie zum Beispiel Änderungen des vorliegenden Reglements werden auf der Homepage des Versicherers sowie im CSS Magazin veröffentlicht.

Dieses Reglement ist auf der Webseite publiziert oder in der Agentur erhältlich.

Art 34 Inkrafttreten

Dieses Reglement tritt am 01.01.2022 in Kraft.

