





# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Ausgabe 2018

# Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Ausgabe 2018

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Grundlagen der Versicherung</b>	Seite	6
1.1	Bundesrechtliche Bestimmungen	Seite	6
1.2	Gültigkeit	Seite	6
1.3	Weitere Personen mit Wohnsitz in der EU, in Island oder Norwegen	Seite	6
1.4	Anwendung auf Versicherer der Sympany Gruppe	Seite	6
<b>2</b>	<b>Vertragliche Bestimmungen</b>	Seite	6
2.1	Gültigkeit der Besonderen Bedingungen	Seite	6
2.2	Sprachregelung	Seite	6
<b>3</b>	<b>Versicherungsträger</b>	Seite	6
<b>4</b>	<b>Gegenstand der Versicherung</b>	Seite	6
<b>5</b>	<b>Begriffe</b>	Seite	6
5.1	Krankheit	Seite	6
5.2	Mutterschaft	Seite	6
5.3	Unfall	Seite	6
<b>6</b>	<b>Versicherungsverhältnis</b>	Seite	6
<b>7</b>	<b>Versicherungsantrag</b>	Seite	6
<b>8</b>	<b>Versicherungsbeginn</b>	Seite	6
8.1	Im Allgemeinen	Seite	6
8.2	Verspätete Anmeldung	Seite	6
<b>9</b>	<b>Versicherungsänderungen</b>	Seite	6
9.1	Anpassung der Franchise	Seite	6
9.2	Ausschluss der Unfalldeckung	Seite	7
9.3	Einschluss der Unfalldeckung	Seite	7
<b>10</b>	<b>Sistierung</b>	Seite	7
<b>11</b>	<b>Ende der Versicherung</b>	Seite	7

<b>12</b>	<b>Kündigung der Versicherung</b>	Seite	7
12.1	Austritt	Seite	7
12.2	Unterjähriger Austritt	Seite	7
12.3	Austritt bei Prämienänderung	Seite	7
12.4	Meldung Nachversicherer	Seite	7
12.5	Austritt bei Ausständen	Seite	7
12.6	Austritt alternative Versicherungsmodelle	Seite	7
<b>13</b>	<b>Leistungen bei Krankheit</b>	Seite	7
<b>14</b>	<b>Leistungen bei Unfall</b>	Seite	7
<b>15</b>	<b>Leistungen im Ausland</b>	Seite	7
15.1	Notfälle	Seite	7
15.2	Geplante Behandlungen	Seite	7
15.3	Grenzgänger	Seite	7
<b>16</b>	<b>Haftung aus medizinischer Behandlung</b>	Seite	7
<b>17</b>	<b>Allgemeine Pflichten</b>	Seite	7
<b>18</b>	<b>Anspruchsbegründung</b>	Seite	7
<b>19</b>	<b>Anzeige- und Meldepflichten</b>	Seite	7
19.1	Unfallmeldung	Seite	7
19.2	Mitwirkung des Versicherten	Seite	7
19.3	Ermächtigung Auskunftserteilung	Seite	8
19.4	Auskünfte über Leistungen Dritter	Seite	8
19.5	Unterlassung der Meldepflicht	Seite	8
<b>20</b>	<b>Wegfall des Leistungsanspruches</b>	Seite	8
<b>21</b>	<b>Leistungseinschränkungen</b>	Seite	8
<b>22</b>	<b>Abtretung und Verpfändung von Leistungen</b>	Seite	8
<b>23</b>	<b>Verrechnung, Rückerstattungspflicht</b>	Seite	8
23.1	Verrechnung	Seite	8
23.2	Rückerstattung von Leistungen	Seite	8

<b>24</b>	<b>Vorleistungen</b>	Seite	8
<b>25</b>	<b>Leistungen Dritter</b>	Seite	8
25.1	Haftungsreihenfolge	Seite	8
25.2	Rückgriff	Seite	8
25.3	Meldung des Versicherten	Seite	8
25.4	Kürzung der Leistungen	Seite	8
<b>26</b>	<b>Auszahlung der Leistungen</b>	Seite	8
26.1	Gültige Währung	Seite	8
26.2	Zahlungsverbindung	Seite	8
<b>27</b>	<b>Kostenbeteiligung</b>	Seite	8
27.1	Erhebung der Kostenbeteiligung	Seite	8
27.2	Kostenbeteiligung bei Mutterschaft	Seite	8
27.3	Kostenbeteiligung bei Minderjährigen	Seite	8
27.4	Höchstbetrag der Kostenbeteiligung	Seite	8
27.5	Höchstbetrag der Kostenbeteiligung bei Minderjährigen	Seite	9
27.6	Höchstbetrag der Kostenbeteiligung bei Familien	Seite	9
27.7	Unterschiedliche Franchisen bei Familien	Seite	9
27.8	Spitalkostenbeitrag	Seite	9
27.9	Zeitpunkt der Erhebung	Seite	9
27.10	Mahnspesen	Seite	9
27.11	Ratengebühr	Seite	9
<b>28</b>	<b>Ordentliche Franchise</b>	Seite	9
<b>29</b>	<b>Wählbare Franchise</b>	Seite	9
29.1	Prämienrabatte bei wählbaren Franchisen	Seite	9
29.2	Versichertenkreis	Seite	9
29.3	Abschluss wählbare Franchisen	Seite	9
29.4	Wechsel wählbare Franchisen	Seite	9
29.5	Wählbare Franchisen unterjähriger Beitritt	Seite	9
<b>30</b>	<b>Prämien</b>	Seite	9
30.1	Prämientarif	Seite	9
30.2	Örtliche Unterschiede	Seite	9
<b>31</b>	<b>Prämienermässigungen</b>	Seite	9
<b>32</b>	<b>Prämienzahlung</b>	Seite	9
<b>33</b>	<b>Ausgleich von zu hohen Prämieeinnahmen</b>	Seite	9

<b>34</b>	<b>Gebühren</b>	Seite	9
34.1	Mahn- und Inkassogebühren	Seite	9
34.2	Ratenzahlung	Seite	9
<b>35</b>	<b>Schweigepflicht</b>	Seite	9
<b>36</b>	<b>Rechtspflege</b>	Seite	10
36.1	Verfügung	Seite	10
36.2	Einsprache	Seite	10
36.3	Beschwerdeverfahren	Seite	10
<b>37</b>	<b>Rechtskraft</b>	Seite	10
<b>38</b>	<b>Rechtsschutz</b>	Seite	10
<b>39</b>	<b>Datenschutz</b>	Seite	10
<b>40</b>	<b>Inkrafttreten</b>	Seite	10

# 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). Sie kann mit der ordentlichen oder einer wählbaren Franchise und als alternatives Versicherungsmodell im Sinne einer besonderen Versicherungsform abgeschlossen werden.

## 1 Grundlagen der Versicherung

### 1.1 Bundesrechtliche Bestimmungen

Grundlage dieser Versicherung sind die Bestimmungen über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG), des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) und die dazugehörigen Ausführungsbestimmungen sowie die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die ergänzenden Besonderen Versicherungsbedingungen (BB).

Bundesrecht und kantonales Recht gehen diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) vor.

### 1.2 Gültigkeit

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) enthalten die allgemeinen Bestimmungen für die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Diese gelten auch für die alternativen Versicherungsmodelle

- casamed hausarzt
- casamed hmo
- casamed pharm
- callmed 24
- flexhelp24.

solange für das einzelne alternative Versicherungsmodell nicht eine andere Regelung in Form von Besonderen Versicherungsbedingungen (BB) besteht.

### 1.3 Weitere Personen mit Wohnsitz in der EU, in Island oder Norwegen

Mit dem Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens zwischen der Schweiz und der Europäischen Gemeinschaft (EU) sind zudem abweichende Bestimmungen zu beachten, die sich namentlich auf den Kreis der versicherten Personen, deren Rechte und Pflichten, das Versicherungsverhältnis, die Leistungen wie auch die Prämien und die Kostenbeteiligung beziehen.

### 1.4 Anwendung auf Versicherer der Sympany Gruppe

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit steht der Name Sympany in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) stellvertretend auch für:

- a Vivao Sympany AG
- b Moove Sympany AG
- c Kolping Krankenkasse AG

## 2 Vertragliche Bestimmungen

### 2.1 Gültigkeit der Besonderen Bedingungen

Beim Abschluss eines alternativen Versicherungsmodells bestehen neben diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Besondere Versicherungsbedingungen (BB). Diese gehen diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) vor.

## 2.2 Sprachregelung

Die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gewählte männliche Schreibform gilt auch für weibliche Personen.

## 3 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist der in der Versicherungspolice aufgeführte Krankenversicherer.

## 4 Gegenstand der Versicherung

Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Das Unfallrisiko ist mitversichert, wenn es auf der Versicherungspolice aufgeführt ist.

## 5 Begriffe

### 5.1 Krankheit

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

### 5.2 Mutterschaft

Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.

### 5.3 Unfall

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. Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen sind den Unfällen gleichgestellt.

## 6 Versicherungsverhältnis

Der Kreis der versicherungspflichtigen Personen richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.

## 7 Versicherungsantrag

Den Versicherungsantrag hat der Bewerber auf dem hierfür vorgesehenen Formular schriftlich zu stellen. Alle auf dem Formular aufgeführten Fragen sind für die Aufnahme zu beantworten.

## 8 Versicherungsbeginn

### 8.1 Im Allgemeinen

Die Versicherung beginnt mit dem bestätigten Aufnahmetag. Als Bestätigung erhält der Versicherte eine Versicherungspolice.

### 8.2 Verspätete Anmeldung

Bei verspätetem Beitritt beginnt der Versicherungsschutz im Zeitpunkt des Beitritts. Bei nicht entschuldbarer Verspätung kann ein Prämienzuschlag nach den gesetzlichen Bestimmungen erhoben werden.

## 9 Versicherungsänderungen

### 9.1 Anpassung der Franchise

Die Franchise kann jeweils auf den 1. Januar des Folgejahres angepasst werden.

## 9.2 Ausschluss der Unfalldeckung

Die Unfalldeckung kann für Berufs- und Nichtberufsunfälle ausgeschlossen werden, wenn eine Unfalldeckung nach UVG nachgewiesen wird. Der Ausschluss erfolgt auf den ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats.

## 9.3 Einschluss der Unfalldeckung

Der Einschluss der Unfalldeckung erfolgt unmittelbar auf Ende der Unfallversicherung nach UVG. Den Wegfall der Unfallversicherung nach UVG hat der Versicherte umgehend zu melden.

## 10 Sistierung

Die Versicherungspflicht für Personen wird sistiert, die während mehr als 60 aufeinanderfolgenden Tagen dem Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) unterstellt sind. Das Verfahren zur Sistierung der Versicherung und die entsprechende Informations- und Meldepflichten richten sich nach den Ausführungsbestimmungen zum Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

## 11 Ende der Versicherung

Die Versicherung endet:

- a durch Kündigung
- b durch Wegzug ins Ausland ausser bei Weiterbestehen der Versicherungspflicht
- c im Todesfall

## 12 Kündigung der Versicherung

### 12.1 Austritt

Der Versicherte kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist per 31. Dezember austreten. Der Austritt ist schriftlich anzuzeigen.

### 12.2 Unterjähriger Austritt

Ist weder eine frei wählbare Franchise noch ein alternatives Versicherungsmodell gewählt, kann der Austritt unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist per 30. Juni erfolgen. Der Austritt ist schriftlich anzuzeigen.

### 12.3 Austritt bei Prämienänderung

Bei der Mitteilung einer neuen Prämie kann der Versicherte unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende desjenigen Monats kündigen, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

### 12.4 Meldung Nachversicherer

Das Versicherungsverhältnis endet erst, wenn der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist.

### 12.5 Austritt bei Ausständen

Der Versicherer kann nur gewechselt werden, wenn keine Ausstände bestehen.

### 12.6 Austritt alternative Versicherungsmodelle

Abweichende Bestimmungen bei den alternativen Versicherungsmodellen bleiben vorbehalten.

## 13 Leistungen bei Krankheit

Es werden die gesetzlichen Leistungen vergütet.

## 14 Leistungen bei Unfall

Ist das Unfallrisiko versichert, werden die gleichen Leistungen wie bei Krankheit erbracht.

## 15 Leistungen im Ausland

### 15.1 Notfälle

Die Kosten von Behandlungen im Ausland werden in Notfällen erbracht. Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt in eine medizinische Behandlung begeben muss und ihm eine Rückreise nicht zugemutet werden kann. Die Leistungen werden so lange ausgerichtet, als ihm eine Heimreise medizinisch nicht zugemutet werden kann.

### 15.2 Geplante Behandlungen

Begibt sich der Versicherte zur Diagnose, Behandlung, Pflege oder Niederkunft ins Ausland, werden keine Leistungen erbracht. Die gesetzlich vorgesehenen Ausnahmeregelungen bleiben vorbehalten.

### 15.3 Grenzgänger

Grenzgänger und die übrigen nach Abkommen über den freien Personenverkehr in der Schweiz versicherungspflichtigen Personen mit Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat der EU können sich gemäss den Bestimmungen des Abkommens über den freien Personenverkehr in ihrem Wohnland behandeln lassen.

## 16 Haftung aus medizinischer Behandlung

Die Haftung für die diagnostischen und therapeutischen Leistungen liegt ausschliesslich bei den durch den Versicherten gewählten Leistungserbringern.

## 17 Allgemeine Pflichten

Der Versicherte hat die ärztlichen Anordnungen zu befolgen und alles zu tun, was die Genesung fördert, und alles zu unterlassen, was sie verzögert.

## 18 Anspruchsbegründung

Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, sind die detaillierten Originalrechnungen spätestens 5 Jahre nach der Rechnungsstellung zur Leistungsprüfung einzureichen. Nach dieser Frist erlischt jeglicher Anspruch auf Leistungen.

## 19 Anzeige- und Meldepflichten

### 19.1 Unfallmeldung

Werden Unfallleistungen geltend gemacht, ist zusätzlich das Formular Unfallmeldung auszufüllen und einzureichen. Die Unfallmeldung muss innert 10 Tagen nach dem Unfallereignis Sympany zugestellt werden.

### 19.2 Mitwirkung des Versicherten

Der Versicherte hat Sympany unentgeltlich alle Auskünfte zu erteilen, welche zur Abklärung des Leistungsanspruchs erforderlich sind. Dazu zählen auch Verfügungen anderer Sozialversicherer und Belege von allfälligen Privatversicherern.



### 19.3 Ermächtigung Auskunftserteilung

Der Versicherte hat alle Personen und Stellen, namentlich Arbeitgeber, Ärzte, Spitäler, Therapeuten, Versicherungen und Amtsstellen, zu ermächtigen, die Auskünfte zu erteilen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlich sind.

### 19.4 Auskünfte über Leistungen Dritter

Der Versicherte ist verpflichtet, Sympany über jegliche Leistungen von Dritten (z.B. Unfall-, Haftpflicht-, Militär- oder Invalidenversicherung) sowie Vereinbarungen von Abfindungssummen umgehend zu informieren, sofern Sympany im gleichen Versicherungsfall Leistungen zu erbringen hat.

### 19.5 Unterlassung der Meldepflicht

Nachteile, die sich aus der Verletzung von Anzeige- und Meldepflichten ergeben, gehen zulasten des Versicherten.

## 20 Wegfall des Leistungsanspruches

Keine Leistungen werden bezahlt für Behandlungen und Massnahmen, die nicht wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss.

## 21 Leistungseinschränkungen

Keine Leistungen werden gewährt

- a bei widerrechtlicher Inanspruchnahme von Leistungen von Sympany
- b bei Weigerung, sich einer vertrauensärztlichen Untersuchung zu unterziehen
- c für die Zeitdauer der Verspätung bei verspätetem Beitritt
- d während eines Leistungsaufschubes bei Zahlungsverzug; Vorbehalten bleiben anderslautende gesetzliche Bestimmungen

Für Unfälle oder deren Folgen, die der Versicherte absichtlich herbeigeführt hat, werden die Versicherungsleistungen gekürzt und in besonders schweren Fällen verweigert.

## 22 Abtretung und Verpfändung von Leistungen

Der Versicherte darf Forderungen gegenüber Sympany ohne deren Zustimmung weder abtreten noch verpfänden. Vorbehalten bleibt die Abtretung von Forderungen an Leistungserbringer.

## 23 Verrechnung, Rückerstattungspflicht

### 23.1 Verrechnung

Der Versicherte kann keinen Anspruch auf Verrechnung gegenüber Sympany erheben.

### 23.2 Rückerstattung von Leistungen

Leistungen, die der Versicherte zu Unrecht bezogen hat, sind Sympany zurückzuerstatten.

## 24 Vorleistungen

Vorleistungen von Sympany gegenüber anderen Sozialversicherungsträgern richten sich nach dem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

## 25 Leistungen Dritter

### 25.1 Haftungsreihenfolge

Soweit in einem Versicherungsfall Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit gleichartigen Leistungen anderer Sozialversicherungen zusammentreffen, richtet sich die Leistungspflicht von Sympany nach den gesetzlichen Bestimmungen.

### 25.2 Rückgriff

Gegenüber Versicherern, die für einen Versicherungsfall haften, tritt Sympany im Zeitpunkt des Ereignisses bis zur Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche des Versicherten ein. Die Einzelheiten bezüglich der Ausübung des Rückgriffsrechts richten sich nach den bundesrechtlichen Vorschriften.

### 25.3 Meldung des Versicherten

Der Versicherte ist verpflichtet, seine Ansprüche gegenüber anderen Versicherungsträgern und zahlungspflichtigen Dritten anzumelden und darf ohne ausdrückliche Zustimmung von Sympany nicht ganz oder teilweise auf deren Leistungen verzichten.

### 25.4 Kürzung der Leistungen

Kürzt ein anderer Kranken-, Unfall- oder Sozialversicherer seine Leistungen aus Gründen, die auch Sympany zu einer Leistungskürzung berechtigen, ersetzt Sympany den durch die Kürzung bedingten Ausfall nicht.

## 26 Auszahlung der Leistungen

### 26.1 Gültige Währung

Die Auszahlung der Leistungen von Sympany erfolgt ausschliesslich in Schweizer Franken.

### 26.2 Zahlungsverbindung

Sympany zahlt Leistungen an den Versicherten an ein gemeldetes Postcheck- oder Bankkonto aus. Unterbleibt eine Meldung des Versicherten, kann Sympany eine Unkostenpauschale pro Leistungsabrechnung in Rechnung stellen.

## 27 Kostenbeteiligung

### 27.1 Erhebung der Kostenbeteiligung

Jeder Versicherte hat sich gemäss den bundesrechtlichen Vorschriften an den Krankenpflegekosten zu beteiligen mit:

- a einem festen Betrag pro Kalenderjahr (Franchise)
- b einem Selbstbehalt von 10% der die Franchise übersteigenden Krankenpflegekosten
- c einem täglichen Beitrag an die Kosten des Aufenthalts in einem Spital

### 27.2 Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

Bei Mutterschaft werden ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Geburt keine Franchise und kein Selbstbehalt erhoben.

### 27.3 Kostenbeteiligung bei Minderjährigen

Für Versicherte bis zum abgeschlossenen 18. Altersjahr wird keine Franchise erhoben. Ausgenommen davon ist eine allfällige vereinbarte wählbare Franchise.

### 27.4 Höchstbetrag der Kostenbeteiligung

Der jährliche Höchstbetrag für Franchise und Selbstbehalt in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beläuft sich für Versicherte ab dem vollendeten 18. Altersjahr auf CHF 700.– für den

Selbstbehalt, zuzüglich des Betrags der ordentlichen Franchise. Der Beitrag an die Spitalkosten ist zusätzlich zu entrichten.

### 27.5 Höchstbetrag der Kostenbeteiligung bei Minderjährigen

Für Versicherte bis zum vollendeten 18. Altersjahr beläuft sich der jährliche Höchstbetrag auf CHF 350.– für den Selbstbehalt, zuzüglich des Betrags für eine allfällig gewählte Franchise.

### 27.6 Höchstbetrag der Kostenbeteiligung bei Familien

Sind von einer Familie mehrere Personen unter dem vollendeten 18. Altersjahr bei Sympany versichert, trägt die gesamte Kostenbeteiligung höchstens das Zweifache der Summe der gewählten Franchise und des Selbstbehalts.

### 27.7 Unterschiedliche Franchisen bei Familien

Sind bei einer Familie unterschiedliche Franchisen gewählt, bemisst sich der Höchstbetrag an der höchsten, gewählten Franchise.

### 27.8 Spitalkostenbeitrag

Zusätzlich zur Franchise und zum Selbstbehalt hat der Versicherte an die Aufenthaltskosten im Spital einen täglichen Beitrag zu leisten.

Keinen Beitrag zu entrichten haben Kinder und junge Erwachsene bis 25, solange sie noch in Ausbildung sind.

### 27.9 Zeitpunkt der Erhebung

Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehalts ist das Behandlungsdatum.

### 27.10 Mahnspesen

Säumigen Zahlern kann Sympany neben den Betriebskosten auch angemessene Bearbeitungskosten, Umtriebsgebühren sowie Kosten für Mahnungen und Verzugszinsen in Rechnung stellen.

### 27.11 Ratengebühr

Ist im Inkasso- und Betreibungsverfahren eine Ratenzahlung vereinbart worden, kann Sympany eine Ratengebühr für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand in Rechnung stellen.

## 28 Ordentliche Franchise

Für erwachsene Versicherte wird die Jahresfranchise in einem festen Betrag pro Kalenderjahr erhoben.

## 29 Wählbare Franchise

### 29.1 Prämienrabatte bei wählbaren Franchisen

Bei Wahl einer höheren Franchise kann eine Reduktion der Prämie erfolgen.

### 29.2 Versichertenkreis

Der Abschluss einer Versicherung mit wählbarer Franchise steht allen Versicherten offen.

### 29.3 Abschluss wählbare Franchisen

Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

### 29.4 Wechsel wählbare Franchisen

Der Wechsel zu einer tieferen Franchise ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres möglich.

## 29.5 Wählbare Franchisen unterjähriger Beitritt

Bei unterjährigem Beitritt wird die wählbare Franchise pro rata temporis erhoben.

## 30 Prämien

### 30.1 Prämientarif

Die Prämien werden in einem Prämientarif festgesetzt.

### 30.2 Örtliche Unterschiede

Die Prämien können nach örtlich bedingten Kostenunterschieden abgestuft werden.

## 31 Prämienermässigungen

Ermässigte Prämien gelten:

- für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr
- für Erwachsene bis zum vollendeten 25. Altersjahr
- bei Sistierung der Unfalldeckung
- für Versicherte, die eine wählbare Franchise abschliessen
- für Versicherte, die eine alternative Versicherungsform abschliessen

## 32 Prämienzahlung

Die Prämien sind im Voraus zahlbar. Kürzeste Zahlungsperiode ist der Kalendermonat. Die Prämien sind ohne Unterbruch zu entrichten, also auch bei Krankheit, Unfall, Arbeitsunfähigkeit oder beim Ruhen der Anspruchsberechtigung. Bei Auflösung der Versicherung im Verlauf des Kalendermonats werden die Beiträge für die nicht verwendeten Tage zurückerstattet.

## 33 Ausgleich von zu hohen Prämieinnahmen

Sympany kann in Kantonen, in denen die Prämieinnahmen deutlich über den kumulierten Kosten zu stehen kommen, im Folgejahr einen Prämienausgleich vornehmen.

## 34 Gebühren

### 34.1 Mahn- und Inkassogebühren

Säumigen Zahlern kann Sympany neben den Betriebskosten auch angemessene Bearbeitungskosten, Umtriebsgebühren sowie Kosten für Mahnungen und Verzugszinsen in Rechnung stellen.

### 34.2 Ratenzahlung

Ist im Inkasso- und Betreibungsverfahren eine Ratenzahlung vereinbart worden, kann Sympany eine Ratengebühr für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand in Rechnung stellen.

## 35 Schweigepflicht

Die Mitarbeiter von Sympany unterstehen der gesetzlichen Schweigepflicht.

## 36 Rechtspflege

### 36.1 Verfügung

Ist ein Versicherter mit einem Entscheid von Sympany nicht einverstanden, erlässt Sympany auf Verlangen innert 30 Tagen eine schriftlich begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung.

### 36.2 Einsprache

Gegen die Verfügung von Sympany kann innerhalb von 30 Tagen seit der Zustellung Einsprache erhoben werden. Sympany prüft die Einsprache und erlässt einen schriftlichen, begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.

### 36.3 Beschwerdeverfahren

Gegen den Einspracheentscheid von Sympany kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde beim kantonalen Versicherungsgericht erhoben werden.

Zur Beschwerde ist berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat.

Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in welchem der Versicherte respektive der Beschwerde führende Dritte Wohnsitz hat. Das Versicherungsgericht kann auch angerufen werden, wenn Sympany innert Frist keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich der letzte schweizerische Wohnsitz befand oder in dem der letzte schweizerische Arbeitgeber Wohnsitz hat; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht des Kantons Basel zuständig.

## 37 Rechtskraft

Bei unbenutztem Ablauf der Beschwerdefrist tritt die Verfügung oder der Einspracheentscheid von Sympany in Rechtskraft. Die auf Geldzahlungen gerichteten rechtskräftigen Verfügungen sind vollstreckbaren Gerichtsurteilen im Sinne von Artikel 80 des Gesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) gleichgestellt.

## 38 Rechtsschutz

Bei Honorarstreitigkeiten des Versicherten mit Leistungserbringern im Sinne des KVG kann Sympany auf Begehren des Versicherten ihre Vertretung von den zuständigen Gerichten auf ihre Kosten übernehmen, sofern das Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint.

## 39 Datenschutz

Die Verarbeitung der Daten von versicherten Personen richtet sich nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Datenschutz vom 19. Juni 1992. In Versicherungsverhältnissen mit internationalem Bezug richtet sich die Datenverarbeitung nach den anwendbaren Bestimmungen (z.B. DSGVO-Verordnung (EU) 2016/679 vom 27. April 2016).

Die bei der versicherten Person erhobenen Daten dienen dem Zweck der Abwicklung des Versicherungsvertrags (z.B. der Leistungsverarbeitung, Inkasso oder Dokumentenverwaltung). Dazu

werden nur diejenigen Daten erhoben, welche diesem Zweck dienen.

Dritten gibt die Kasse nur dann Daten weiter (Leistungserbringer, Behörden, andere Sozialversicherungen), wenn die Weitergabe in direktem Zusammenhang mit der Durchführung des Vertrages steht. In anderen Fällen gibt die Kasse nur mit Einwilligung der versicherten Person Auskunft. Wird die Datenbearbeitung einem Dritten übertragen, sorgt die Kasse dafür, dass die Daten nur so verarbeitet werden, wie sie es selbst tun dürfte.

Die versicherte Person kann gegenüber der Kasse ihre Betroffenenrechte wahrnehmen (z.B. Auskunftsrecht).

Die Kasse bewahrt die Daten sorgfältig auf und schützt die Daten durch angemessene technische und organisatorische Massnahmen vor Unbefugten.

## 40 Inkrafttreten

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen treten am 1. Januar 2018 in Kraft und ersetzen alle früheren Reglemente und Bestimmungen über die gesetzliche, obligatorische Krankenpflegeversicherung.

