Allgemeine Versicherungsbestimmungen (AVB) für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Versicherungsträger: Glarner Krankenversicherung, Gültig ab 01.01.2018

Inhaltsverzeichnis

I Gemeinsame Bestimmungen

Art. 1 Gültigkeit
Art. 2 Beitritt und Aufnahme
Art. 3 Sistierung der Versicherungsdeckung
Art. 4 Tätigkeitsgebiet
Art. 5 Ende der Versicherung
Art. 6 Melde-, Auskunfts- und Mitwirkungspflicht
Art. 7 Schadenminderungspflicht der versicherten Person
Art. 8 Abgeltungsvereinbarungen
Art. 9 Rückerstattung
Art. 10 Verrechnungsverbot
Art. 11 Abtretung und Verpfändung
Art. 12 Bezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen
Art. 13 Schweigepflicht
Art. 14 Versichertenkarte und Datenschutz
Art. 15 Rechtspflege

II Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit wählbaren Franchisen

Art. 16 Grundsatz
Art. 17 Wahlmöglichkeiten
Art. 18 Beitritt/Austritt/Wechsel der Franchise
Art. 19 Kostenbeteiligung/Höchstbetrag

III Taggeld nach KVG

Art. 20 Zweck / Rechtsgrundlagen
Art. 21 Beitritt
Art. 22 Beginn / Ende / Sistierung
Art. 23 Vorbehalte
Art. 24 Wechsel des Versicherers
Art. 25 Ausscheiden aus einer Kollektivversicherung
Art. 26 Versicherungsangebot
Art. 27 Maximaldeckung
Art. 28 Leistungsanspruch
Art. 29 Arbeitslose Versicherte
Art. 30 Mutterschaft
Art. 31 Reduktion der Versicherung
Art. 32 Ausland
Art. 33 Unfall
Art. 34 Altersstufen und Prämien
Art. 35 Meldung / Zeugnis
Art. 36 Überentschädigung
Art. 37 Allgemeine Bestimmungen
Art. 38 Schlussbestimmungen

I Gemeinsame Bestimmungen

Art. 1 Gültigkeit

Die Genossenschaft Glarner Krankenversicherung (GLKV) erlässt die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbestimmungen (AVB) 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.

Dieses Reglement gilt für die von der GLKV nach dem KVG geführten Versicherungen. Die Publikation der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt unter www.glkv.ch

Art. 2 Beitritt und Aufnahme

2.1 Der Beitritt ist auf dem von der GLKV abgegebenen Antragsformular 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 Antragssteller kann vor dem Ausfüllen des Formulars Einsicht in die AVB der GLKV nehmen.

2.3 Die Versicherung beginnt im Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme in der Schweiz Art. 5 Abs. 1 KVG.

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 GLKV 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 GLKV meldet und die Unterstellung länger als 60 aufeinanderfolgende Tage dauert.

Art. 4 Tätigkeitsgebiet

4.1 Die versicherte Person hat die Prämien gemäss dem für ihren Wohnort massgebenden Tarif zu entrichten.

4.2 Das Tätigkeitsgebiet der GLKV umfasst die Kantone GL, SG und SZ. Bei einem Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet der GLKV bleibt die Versicherung solange bestehen, bis die versicherte Person einen neuen Wohnsitz begründet hat (Wohnsitzgenehmigung Gemeinde).

Art. 5 Ende der Versicherung

5.1 Die versicherte Person kann durch schriftliche Mitteilung unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalendersemesters von der GLKV 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.

5.2 Mit dem Austritt aus der GLKV enden die Versicherung und der Leistungsanspruch. Vorbehalten bleiben ausstehende Versicherungsleistungen.

5.3 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.

5.4 Die Prämien sind bei Wegzug ins Ausland oder Tod anteilsmässig geschuldet.

Art. 6 Melde-, Auskunfts- und Mitwirkungspflicht

6.1 Will die versicherte Person Leistungen beziehen, ist dies der GLKV zu melden.

6.2 Die versicherte Person hat der GLKV die zur Abklärung eines Leistungsanspruches und zur Festsetzung der Leistungen notwendigen Auskünfte zu erteilen und die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Sie hat die GLKV im Einzelfall zu ermächtigen, zu diesem Zweck in Akten anderer Versicherer oder von Behörden Einsicht zu nehmen.

6.3 Die versicherte Person hat der GLKV auf Verlangen Verfügungen und Rentenentscheide anderer Sozialversicherungen einzureichen, soweit sie die Leistungspflicht der GLKV berühren können.

6.4 Die versicherte Person ist verpflichtet, bei Krankheit und Unfall der GLKV über anderweitige Ansprüche und Bezüge, wie Versicherungsleistungen, Lohn, Lohnersatz, Renten usw. unaufgefordert Auskunft zu geben.

6.5 Auf Verlangen der GLKV hat sich die versicherte Person bei anderen Sozialversicherern anzumelden.

6.6 Die versicherte Person ist verpflichtet, der GLKV für die bargeldlose Leistungsrückerstattung ein Bank- oder Postkonto mitzuteilen. Andernfalls ist die GLKV berechtigt, einen Unkostenbeitrag von CHF 20.– zu erheben.

Art. 7 Schadenminderungspflicht der versicherten Person

Bei einem Unfall nach KVG 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 zumutbaren Anordnungen des zugelassenen Leistungserbringers Folge zu leisten.

Art. 8 Abgeltungsvereinbarungen

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

Art. 9 Rückerstattung

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

Art. 10 Verrechnungsverbot

Versicherter und GLKV dürfen Versicherungsleistungen nicht mit Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

Art. 11 Abtretung und Verpfändung

Der Anspruch auf Leistungen ist gemäss Art. 22 Abs. 1 ATSG weder abtretbar noch verpfändbar. Abweichend davon können gemäss Art. 42 Abs. 1 KVG Ansprüche an Leistungserbringer abgetreten werden.

Art. 12 Bezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen

12.1 Die versicherte Person ist verpflichtet, die ihrer Versicherung und Einteilung entsprechenden Prämien gemäss Police im Voraus zu entrichten KVV Art. 90.

12.2 Auslagen der GLKV für Mahnungen und Betreibungen fallen zulasten der versicherten Person.

12.3 Bezahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat die GLKV ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzugs hinzuweisen KVG Art. 64a.

12.4 Vorbehalten bleiben die Bestimmungen des KVG bezüglich des Abkommens über die Personenfreizügigkeit zwischen der Schweiz und der EU bzw. EFTA.

12.5 Die Prämien und Kostenbeteiligungen werden durch die GLKV in Schweizer Franken in Rechnung gestellt.

Art. 13 Schweigepflicht

Vorbehältlich der gesetzlichen Ausnahmen haben Mitarbeiter und Organe der GLKV gegenüber Dritten absolutes Stillschweigen über die Ihnen zugetragenen Daten der Versicherten zu bewahren, namentlich über Diagnosen, Gesundheitszustand, Leistungsanspruch und Leistungsbezug sowie von Einkommens- und Vermögensverhältnissen der versicherten Personen (Art. 33 ATSG).

Art. 14 Versichertenkarte und Datenschutz

Die GLKV muss allen nach der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995 versicherungspflichtigen Personen eine Versichertenkarte ausstellen. Auf der Rückseite der Versichertenkarte werden die Daten der Europäischen Krankenversicherungskarte aufgedruckt. Die Versichertenkarte ist persönlich und nicht übertragbar. Die Rechte und Pflichten der GLKV sowie der versicherten Person sind in der Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 14. Februar 2007 ersichtlich.

Art. 15 Rechtspflege

15.1 Ist eine versicherte Person oder ein Bewerber mit einem Entscheid der GLKV nicht einverstanden, so erlässt die GLKV innert 30 Tagen eine schriftlich begründete Verfügung mit Hinweis auf Einspracherecht und Einsprachefrist.

15.2 Gegen eine solche Verfügung der GLKV kann innert 30 Tagen seit deren Zustellung Einsprache bei der GLKV erhoben werden. Gegen den Einspracheentscheid der GLKV 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 beschwerdeführende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung seinen Wohnsitz hat.

II Obligatorische Krankenpflegeversicherung- mit wählbaren Franchisen

Art. 16 Grundsatz

16.1 Die GLKV führt als besondere Versicherungsform die Versicherung mit wählbaren Franchisen.

16.2 Die Leistungen dieser Versicherung entsprechen im Übrigen jenen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Art. 17 Wahlmöglichkeiten

17.1 Die wählbaren Franchisen sind wie folgt abgestuft:

Wahlfranchise Erwachsene	Wahlfranchise Kinder
CHF 500.–	CHF 300.–
CHF 1000.–	CHF 400.–
CHF 1500.–	CHF 500.–
CHF 2000.–	CHF 600.–
CHF 2500.–	

17.2 Der Franchisebetrag wird im Versicherungsausweis (Police) ausgewiesen.

17.3 Die Prämienreduktion bemisst sich nach der für die betreffende versicherte Person geltende Prämie der ordentlichen obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Art. 18 Beitritt/Austritt/Wechsel der Franchise

18.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht ausser den versicherten Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Island oder Norwegen Wohnsitz haben (Art. 101a KVV), sämtlichen Personen offen. Die Wahl einer höheren Franchise ist nur auf Beginn eines Kalenderjahres möglich.

18.2 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. 19 Kostenbeteiligung/Höchstbetrag

19.1 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).

19.2 Es gelten folgende maximale Kostenbeteiligungen (Franchise und Selbstbehalt) bei mehreren Kindern innerhalb einer Familie:

Franchise	Kosten-beteiligung pro Kind	Maximale Kostenbeteiligung bei mehreren Kindern
CHF 0	CHF 350.–	CHF 1000.–
CHF 300.–	CHF 650.–	CHF 1300.–
CHF 400.–	CHF 750.–	CHF 1500.–
CHF 500.–	CHF 850.–	CHF 1700.–
CHF 600.–	CHF 950.–	CHF 1900.–

19.3 Bei unterschiedlichen versicherten Kinderfranchisen innerhalb einer Familie kommt die maximale Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) der jeweils höchsten versicherten Franchise zur Anwendung.

19.4 Bei Behandlungen in einem EU- oder EFTA-Staat sind die Kostenbeteiligungsregelungen des jeweiligen Staates anwendbar.

III Taggeld nach KVG

Art. 20 Zweck / Rechtsgrundlagen

20.1 Gemäss ihren AVB nach KVG führt die GLKV die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG.

20.2 Die Taggeldversicherung gewährt Leistungen für Erwerbsausfall bei Krankheit, Unfall, soweit mitversichert und dafür keine Unfallversicherung aufkommt, und Mutterschaft.

Art. 21 Beitritt

21.1 Wer im Tätigkeitsgebiet der GLKV Wohnsitz hat oder dort erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat, kann bei der Glarner Krankenversicherung eine Taggeldversicherung abschliessen.

21.2 Er kann hierfür einen anderen Versicherer wählen als für die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

21.3 Die Taggeldversicherung kann als Kollektivversicherung abgeschlossen werden, namentlich von:

- Arbeitgebern für sich und ihre Arbeitnehmer;
- Arbeitgeberorganisationen und Berufsverbände für ihre Mitglieder und Arbeitnehmer ihrer Mitglieder;
- Arbeiternehmerorganisationen für ihre Mitglieder

Art. 22 Beginn / Ende / Sistierung

22.1 Die Versicherung beginnt mit dem im Antragsformular festgehaltenen Datum, frühestens jedoch nach erfolgter Risikoprüfung durch die GLKV.

22.2 Die Taggeldversicherung erlischt mit dem Tod, Austritt, Erschöpfung der Leistungen, Ausschluss, oder Vollendung des 65. Altersjahres gemäss Art. 32. Ein Austritt kann jederzeit auf das Ende des nächsten Monates erfolgen.

22.3 Bei Versicherten, die aus dem Tätigkeitsgebiet der GLKV wegziehen, endet der Vertrag. Versicherte haben Anspruch auf eine Weiterführung ihrer bestehenden Taggeldversicherung bei einem im Wohngebiet des Versicherten tätigen KVG-Versicherers. Vorbehalten bleiben abweichende Vorschriften im Rahmen zwischenstaatlicher Sozialversicherungsabkommen.

22.4 Erweist sich das Verhalten eines Versicherten als missbräuchlich oder sonst wie unentschuldbar und ist die Weiterführung der Taggeldversicherung der Kasse nicht mehr zumutbar, kann der Versicherte nach vorausgegangener Androhung der Sanktionen in den folgenden Fällen ausgeschlossen werden, wenn er

- den Versicherungsantrag nicht wahrheitsgetreu ausgefüllt hat
- sich den Anordnungen des Arztes wiederholt wider-setzt oder diese schwer verletzt

- mit der Bezahlung der Prämien wiederholt im Verzug ist und einer Zahlungsaufforderung mit Androhung des Ausschlusses nicht innert Monatsfrist nachkommt
- aus anderen wichtigen Gründen

22.5 Versicherte, die bei der GLKV während längerer Zeit vom Anspruch auf Versicherungsleistungen befreit sind, können die Taggeldversicherung in folgenden Fällen gegen eine Risikoprämie während längstens 5 Jahren sistieren

- wenn sie für länger als 3 Monate ins Ausland ziehen
- bei einem Aufenthalt von mehr als 3 Monaten in einer Straf-, Verwahrungs- oder Erziehungsanstalt
- bei einer obligatorischen Versicherung bei einer anderen Krankenkasse (z.B. Kollektiv oder Betriebskrankenkasse) sowie in sinngemäss anderen Fällen
- bei Militär- oder Zivilschutzdienst von zusammenhängend mehr als zwei Monaten

Sind die voran genannten Voraussetzungen nicht mehr gegeben, ist der Versicherte verpflichtet, die Taggeldversicherung innert 14 Tagen wieder zu aktivieren. Die Risikoprämie beträgt 10% der ordentlichen Prämienansätze, im Minimum aber CHF 4.– pro Monat.

Die Sistierung ist im Voraus schriftlich zu beantragen.

Art. 23 Vorbehalte

23.1 Die GLKV kann Krankheiten, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von maximal fünf Jahren der Versicherung ausschliessen. Das gleiche gilt für frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können.

23.2 Der Versicherungsvorbehalt fällt spätestens nach fünf Jahren dahin. Die Versicherten können vor Ablauf dieser Frist den Nachweis erbringen, dass der Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.

23.3 Der Versicherungsvorbehalt ist nur gültig, wenn er der versicherten Person schriftlich mitgeteilt wird und die vorbehaltene Krankheit sowie Beginn und Ende der Vorbehaltungsfrist in der Mitteilung genau bezeichnet wird.

23.4 Bei einer Erhöhung des versicherten Taggeldes und bei einer Verkürzung der Wartefrist gelten die Absätze 25.1– 25.3 sinngemäss.

Art. 24 Wechsel des Versicherers

24.1 Die GLKV darf keine neuen Vorbehalte anbringen, wenn die versicherte Person zu ihr wechselt, weil:

- die Aufnahme oder die Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses dies verlangt;
- sie aus dem Tätigkeitsbereich des bisherigen Versicherers ausscheidet
- der bisherige Versicherer die soziale Krankenversicherung nicht mehr durchführt.

24.2 Die GLKV kann Vorbehalte des bisherigen Versicherers bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist weiterführen.

24.3 Der bisherige Versicherer sorgt dafür dass die versicherte Person schriftlich über ihr Recht auf Freizügigkeit aufgeklärt wird. Unterlässt er dies, so bleibt der Versicherungsschutz bei ihm bestehen. Die versicherte Person hat ihr Recht auf Freizügigkeit innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.

24.4 Die GLKV muss auf Verlangen der versicherten Person das Taggeld im bisherigen Umfang weiterversichern. Sie kann dabei die beim bisherigen Versicherer bezogenen Taggelder auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach Art. 72 KVG anrechnen.

Art. 25 Ausscheiden aus einer Kollektivversicherung

25.1 Scheidet eine versicherte Person aus einer Kollektivversicherung aus, weil sie nicht mehr zu dem im Vertrag umschriebenen Kreis der Versicherten zählt oder weil der Vertrag aufgelöst wird, so hat sie das Recht, in die Einzelversicherung der Kasse überzutreten. Soweit die versicherte Person in der Einzelversicherung nicht höhere Leistungen versichert, dürfen keine neuen Versicherungsvorbehalte angebracht werden; das im Kollektivvertrag massgebende Eintrittsalter ist beizuhalten.

25.2 Die GLKV klärt versicherte Personen schriftlich über ihr Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung auf. Unterlässt sie dies, so bleibt die versicherte Person in der Kollektivversicherung, Sie hat ihr Übertrittsrecht innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung geltend zu machen.

Art. 26 Versicherungsangebot

26.1 Die Höhe des Taggelds wird zwischen dem Mitglied und der Kasse vereinbart. Der Kassenvorstand bestimmt das Maximum des gemäss KVG versicherbaren Taggeldes, derzeit maximal CHF 50.–.

26.2 Die Taggeldversicherung kann wie folgt abgeschlossen werden:

- mit Leistungsbeginn ab 2. Erkrankungstag
- mit Leistungsbeginn nach 1 / 2 / 3 / 7 / 10 / 14 / 21 / 30 / 60 / 90 / 120 / 150 / 180 / 240 / 270 oder 360 Erkrankungstagen

26.3 Sofern kein Taggeldbezug ansteht, können Taggeldversicherungen im Ausmasse gleicher Prämien in eine andere Taggeldversicherungs-Variante umgewandelt werden, ohne dass dies als Höherversicherung gilt. Vorbehalten bleiben anderslautende, gesetzliche Umwandlungsbestimmungen für Arbeitslose.

Art. 27 Maximaldeckung

27.1 Versicherbar ist der, der versicherten Person durch den Versicherungsfall mutmasslich entgangener Verdienst.

Das versicherbare Taggeld errechnet sich als der 365. Teil des durchschnittlichen, massgeblichen Verdienstausfalls eines Jahres.

Taggeld-Versicherungen bei anderen Versicherern müssen deklariert werden. Werden diese nach Abschluss einer Taggeld-Versicherung bei der Kasse abgeschlossen, sind sie ebenfalls meldepflichtig.

Die Kasse kann bei einer dauernden Überversicherung das versicherte Taggeld unter Anhörung des Mitglieds entsprechend herabsetzen. Die Herabsetzung erfolgt auf Ende Monat ohne Kündigungsfrist.

27.2 Auf den 1. desjenigen Monats, in welchem ein versichertes Mitglied das AHV-Alter erreicht, erlischt die Taggeldversicherung und damit die Leistungspflicht, vorbehältlich bereits entstandener Ansprüche.

Taggeldversicherten, im AHV-Alter kann auf ein entsprechendes Gesuch hin die Weiterführung einer Taggeldversicherung im Rahmen von höchstens CHF 10.– unter Anpassung der entsprechenden Prämie bewilligt werden.

Dieser Versicherungsschutz dauert längstens bis zum vollendeten 70. Altersjahr. Das versicherte Taggeld wird insgesamt längstens für 90 Tage ausgerichtet, wobei allfällige Aufschubszeiten an diese 90 Tage angerechnet werden.

27.3 Mitglieder, deren Einkommen aus einem unselbständigen Arbeitsverhältnis stammt, können sich bis zur Höhe des AHV-pflichtigen Bruttolohnes versichern.

27.4 Mitglieder, deren Einkommen aus einer selbständigen Erwerbstätigkeit stammt, können sich bis zu Höhe ihres AHV-pflichtigen Einkommens, nach der letzten erlassenden Beitragsverfügung der AHV, versichern.

Art. 28 Leistungsanspruch

28.1 Leistungsvoraussetzungen sind

- eine vom behandelnden Arzt oder Chiropraktiker bescheinigte und tatsächlich bestehende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50%
- bei Erwerbstätigen ein nachgewiesener Erwerbsausfall

28.2 Das Taggeld wird für eine oder mehrere Krankheiten längstens während 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen ausgerichtet. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen der nachstehenden Ziffer 5.

Leistungen bei Mutterschaft werden nicht auf die maximale Bezugsdauer angerechnet.

28.3 Ein Anspruch auf Leistungen besteht erst nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist. Diese wird vom Tag des Beginns der ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit an berechnet. Ist keine Wartefrist vereinbart, entsteht der Anspruch auf Taggeld am dritten Tag nach dem ärztlich bescheinigten Beginn jeder Arbeitsunfähigkeit.

28.4 Die vereinbarte Wartefrist von 7 oder mehr Tagen gilt ein Mal pro Kalenderjahr. Geht die Arbeitsunfähigkeit über ein Kalenderjahr hinaus, ist die Wartefrist erst wieder zu bestehen, wenn der Versicherte zwischenzeitlich arbeitsfähig war.

28.5 Bei Taggeldversicherungen mit einem aufgeschobenen Leistungsbeginn nach 7 oder mehr Tagen ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit wird die Aufschubszeit auf die maximale Leistungsdauer von 720 Tagen innert 900 Tagen angerechnet, sofern der Arbeitgeber während der Wartefrist zur Lohnfortzahlung verpflichtet ist.

28.6 Eine Kürzung des Taggeldes wegen vorsätzlicher Herbeiführung des Versicherungsfalles führt nicht zu einer Verlängerung der Leistungsdauer.

28.7 Der Versicherte darf die Aussteuerung nicht durch den teilweisen Verzicht auf Taggeldleistungen verhindern.

28.8 Vorbehalten bleiben zwingende gesetzliche Vorschriften bei Arbeitslosigkeit, gemäss Art. 30 dieses Reglementes.

28.9 Bei Erschöpfung der Genussberechtigung erlischt die Taggeldversicherung.

Art. 29 Arbeitslose Versicherte

29.1 Arbeitslosen Versicherten wird bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50% das volle Krankengeld und bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 25%, aber höchstens 50%, das halbe Krankengeld ausgerichtet.

29.2 Überdies können arbeitslose Versicherte gegen eine angemessene Prämienanpassung ihre bisherige Krankengeldversicherung in eine Versicherung mit Leistungsbeginn ab 31. Tag umwandeln. Dies unter Beibehaltung der bisherigen Taggeldhöhe, bei Beachtung des bisherigen Eintrittsalters und ohne Berücksichtigung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der Umwandlung.

Art. 30 Mutterschaft

30.1 Bei Schwangerschaft und Niederkunft werden die versicherten Taggelder gewährt, sofern die Versicherte bis zum Tage der Niederkunft während mindestens 270 Tagen und ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten für das zum Zeitpunkt der Mutterschaftsleistungen versicherte Taggeld versichert war.

30.2 Die Versicherte hat Anspruch auf ein Mutterschaftstaggeld von 16 Wochen, wovon mindestens 8 Wochen nach der Niederkunft liegen müssen.

Art. 31 Reduktion der Versicherung

Auf den 1. desjenigen Monates, in welchem ein Versicherter das AHV-Alter erreicht, wird (bei entsprechender Prämienanpassung) das Taggeld auf Maximum CHF 10.– reduziert.

Art. 32 Ausland

Tritt eine Arbeitsunfähigkeit während eines vorübergehenden Auslandaufenthalts ein, wird das versicherte Taggeld nur während der Dauer eines stationären Heilanstaltsaufenthaltes ausgerichtet. Vorbehalten bleiben andere Vorschriften im Rahmen zwischenstaatlicher Sozialversicherungsabkommen.

Art. 33 Unfall

33.1 Unfälle sind – sofern gegen eine zusätzliche Prämie mitversichert – der Krankheit gleichgestellt, soweit dieses Reglement keine abweichenden Bestimmungen enthält. Will ein Antragssteller bzw. Versicherter das Unfallrisiko ausschliessen, hat er dies im Antragsformular ausdrücklich zu vermerken und unterschriftlich zu bestätigen resp. bei bestehenden Versicherungen schriftlich zu beantragen. Danach hat der Versicherte die um den Ausschluss des Unfallrisikos reduzierte Prämie zu bezahlen. Rückwirkende Änderungen sind nicht möglich.

33.2 Für jeden Unfall ist der Kasse innert 5 Tagen das von ihr zur Verfügung gestellte Unfallmeldeformular ausgefüllt zuzustellen.

Art. 34 Altersstufen und Prämien

34.1 Die Prämien für die Taggeldversicherung werden durch den Vorstand der Kasse unter Abstufung nach Eintrittsalter festgelegt.

34.2 Die Versicherten haben die Prämien für volle Monate in gesunden und kranken Tagen im Voraus zu bezahlen.

Art. 35 Meldung / Zeugnis

35.1 Der Versicherte hat seine Arbeitsunfähigkeit innert 5 Tagen der Kasse zu melden und eine schriftliche Arbeitsunfähigkeitsbestätigung des behandelnden Arztes oder Chiropraktoren einzureichen. Bei Unfällen ist der Kasse auch das von ihr zugestellte Unfallmeldeformular innert 5 Tagen ausgefüllt und unterzeichnet zurückzusenden.

35.2 Bei selbstverschuldeter, verspäteter Einreichung der Arbeitsunfähigkeitsbestätigung besteht frühestens ab Eingang des ärztlichen Zeugnisses Anspruch auf das versicherte Taggeld. Rückdatierungen zur Erwirkung von Taggeldleistungen sind unzulässig.

35.3 Nach Abschluss der Arbeitsunfähigkeit (inkl. teilweiser) ist der Kasse unverzüglich eine schriftliche ärztliche Bestätigung über den Grad und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.

Art. 36 Überentschädigung

Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung des Versicherten führen. Überentschädigungen werden nach KVG 78 und Art. 69 ATSG geregelt.

Art. 37 Allgemeine Bestimmungen

37.1 Für alle in diesem Reglement nicht besonders geregelten Fragen gelten sinngemäss die gesetzlichen Bestimmungen sowie die Statuten und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der GLKV.

37.2 Die vorliegenden Reglementbestimmungen gelten sinngemäss auch für Kollektiv-Taggeldversicherungen, sofern hierfür keine separaten Versicherungsbedingungen erlassen oder vertragliche Abmachungen getroffen wurden.

Art. 38 Schlussbestimmungen

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen treten am 01. Januar 2018 in Kraft und ersetzen alle bisherigen.