Obligatorische Krankenpflege- und Taggeldversicherung

Allgemeine Versicherungs-bedingungen (AVB) nach KVG

Ausgabe 2027, gültig ab 01.01.2027

SWICA

Anmerkungen

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten für die SWICA Krankenversicherung AG, Römerstrasse 37, 8400 Winterthur.

Auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und der männlichen Schreibweise wird aus Gründen der Lesbarkeit verzichtet.

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeines **4**
Art. 1 Grundsätzliches 4
Art. 2 Leistungsumfang 4
Art. 3 Rechtsgrundlage 4
Art. 4 Versicherer 4
Art. 5 Vereinsmitgliedschaft 4

II. Versicherungsformen **4**
Art. 6 Allgemeines 4

III. Versicherungsverhältnis **4**
Art. 7 Versicherte Personen 4
Art. 8 Aufnahmebedingungen 4
Art. 9 Rechtswirkung der Unterzeichnung des Antragsformulars 5
Art. 10 Versicherungsbeginn 5
Art. 11 Wechsel bei besonderen Versicherungsformen 5
Art. 12 Wohnsitzverlegung 5
Art. 13 Sistierung Unfalldeckung 5
Art. 14 Sistierung Versicherung 5
Art. 15 Ende der Versicherung 6
Art. 16 Wechsel des Versicherers 6

IV. Leistungen **6**
Art. 17 Versicherte Leistungen 6
Art. 18 Subsidiarität 7

V. Prämien und Kostenbeteiligungen **7**
Art. 19 Prämien 7
Art. 20 Kostenbeteiligung/Leistungsrückerstattung 7
Art. 21 Zahlungsverzug und Bank-/Postgebühren 8

VI. Rechte und Pflichten **8**
Art. 22 Melde-, Auskunfts- und Mitwirkungspflicht 8
Art. 23 Schadensminderungspflicht 9
Art. 24 Zahlungsverbindung 9
Art. 25 Rückerstattung 9
Art. 26 Verpfändung und Abtretung 9
Art. 27 Versichertenkarte 9

VII. Datenschutz **10**
Art. 28 Datenbearbeitung bei SWICA 10

VIII. Rechtspflege **11**
Art. 29 Rechtspflege 11

IX. Verschiedene Bestimmungen **11**
Art. 30 Mitteilungen und Schriftlichkeit 11
Art. 31 Digitale Dienstleistungen 11
Art. 32 Auslegung 11
Art. 33 Inkrafttreten 11

Glossar **12**

Allgemeine Versicherungsbedingungen obligatorische Krankenpflege- und Taggeldversicherung

I. Allgemeines

Art. 1 Grundsätzliches

1. Die AVB und allfällige Zusatzbedingungen sind nicht abschliessend und ergänzen die gesetzlichen Bestimmungen.
2. Sie gelten für Krankenpflege- und Taggeldversicherungen nach KVG.

Art. 2 Leistungsumfang

Die Krankenpflegeversicherung deckt auf der Grundlage der bundesrechtlichen Vorschriften die Kosten der Diagnose oder Behandlung von Krankheit, Mutterschaft sowie Unfall, sofern die Unfalldeckung nicht sistiert ist. Es werden die gesetzlichen Leistungen nach KVG vergütet.

Die Taggeldversicherung deckt einen Erwerbsausfall unter Berücksichtigung der bundesrechtlichen Vorschriften sowie der Bestimmungen der Zusatzbedingungen.

Art. 3 Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlagen der Krankenpflegeversicherung sowie der Taggeldversicherung sind das geltende KVG und ATSG sowie deren Ausführungsbestimmungen, die AVB und allfällige Zusatzbedingungen.

Art. 4 Versicherer

Versicherungsträgerin ist, falls in den Zusatzbedingungen nicht anders erwähnt, die SWICA Krankenversicherung AG, Römerstrasse 37, 8400 Winterthur, nachfolgend als «Versicherer» bezeichnet.

Art. 5 Vereinsmitgliedschaft

Wer beim Versicherer gemäss der sozialen Krankenversicherung versichert ist, ist auch Mitglied der SWICA Gesundheitsorganisation. Die Mitgliedschaft erlischt mit dem Ende dieser Versicherung oder aufgrund eines Antrags zur Löschung der Mitgliedschaft der versicherten Person.

II. Versicherungsformen

Art. 6 Allgemeines

1. Der Versicherer bietet die ordentliche Krankenpflegeversicherung und besondere Versicherungsformen an. Als besondere Versicherungsformen gelten die Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers sowie die Versicherung mit wählbarer Jahresfranchise.
2. Für die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG bestehen spezielle Zusatzbedingungen.
3. Die wählbaren Franchisen richten sich nach den Bestimmungen gemäss KVV.
4. Für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers bestehen spezielle Zusatzbedingungen.
5. Abweichende Bestimmungen in den Zusatzbedingungen gehen den AVB vor.

III. Versicherungsverhältnis

Art. 7 Versicherte Personen

Der Kreis der versicherungspflichtigen Personen richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

Art. 8 Aufnahmebedingungen

1. Der Beitritt ist 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. Alle für die Versicherungsaufnahme nötigen Unterlagen sind dem Versicherer zuzustellen.
2. Die Aufnahme in die Krankenpflegeversicherung ist nur möglich, sofern keine solche Versicherung gleichzeitig anderweitig geführt wird.

Art. 9 Rechtswirkung der Unterzeichnung des Antragsformulars

Mit dem schriftlichen Beitritt anerkennt die versicherte Person die vorliegenden AVB und Zusatzbedingungen des Versicherers.

Art. 10 Versicherungsbeginn

1. Der Versicherungsbeginn richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Der rechtzeitige Beitritt erfolgt innert dreier Monate seit Wohnsitznahme oder Geburt in der Schweiz, sofern der schriftliche Versicherungsantrag innert dieser Frist dem Versicherer eingereicht wird. In diesen Fällen beginnt die Versicherung zum Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme in der Schweiz.
2. Der Versicherer stellt der versicherten Person eine Versicherungspolice zu, aus der der Beginn der Versicherung hervorgeht.
3. Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts, d.h., die Versicherung beginnt frühestens am Tag des Eingangs des Versicherungsantrags beim Versicherer. In diesem Fall werden die Versicherungsleistungen erst ab dem Zeitpunkt des Beitritts erbracht. Der Versicherer erhebt einen Prämienzuschlag für die nicht entschuldbare Verspätung nach gesetzlichen Vorgaben.
4. Die Prämien sind ab Beginn der Versicherung geschuldet. Beginnt das Versicherungsverhältnis im Laufe eines Kalendermonats, werden die Prämien auf den Tag genau erhoben.

Art. 11 Wechsel bei besonderen Versicherungsformen

1. Der Wechsel von der ordentlichen Krankenpflegeversicherung in eine Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers kann innerhalb des Versicherers jederzeit auf den ersten Tag des folgenden Monats erfolgen.
2. Der Wechsel von einer Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers zu einer anderen Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers innerhalb des Versicherers ist nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres möglich.
3. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.
4. Der Wechsel zu einer tieferen Franchise ist nur unter Einhaltung der gesetzlichen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres möglich.

Art. 12 Wohnsitzverlegung

1. Änderungen der Adresse und die Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes (Wohnsitzwechsel) sind dem Versicherer innert 30 Tagen zu melden. Ein meldepflichtiger Wohnsitzwechsel ist auch gegeben, wenn der Lebensmittelpunkt in ein Pflegeheim oder eine (z.B. therapeutische) Anstalt verlegt wird. Nachteile, die sich aus der Verletzung der Meldepflicht ergeben, gehen zulasten der versicherten Person.
2. Wenn ein Wohnsitzwechsel eine Prämienänderung zur Folge hat, so gilt die neue Prämie ab dem Monat, der dem Datum des Wohnsitzwechsels am nächsten ist. Fehlt ein solches Datum, passt der Versicherer die Prämie ab demjenigen Monatsbeginn an, der dem Empfang der Adressänderungsmeldung näher liegt.
3. Die Folgen von nicht erfolgten oder verspäteten Meldungen sind in Art. 22 erläutert.
4. Eine Prämienanpassung infolge Wohnsitzwechsels berechtigt nicht zum Wechsel des Versicherers. Wird die besondere Versicherungsform gemäss bisheriger Versicherungspolice am neuen Wohnsitz nicht angeboten, so muss ein Wechsel in ein anderes Versicherungsmodell des Versicherers durchgeführt werden.

Art. 13 Sistierung Unfalldeckung

1. Die Deckung für Unfälle kann bei versicherten Personen sistiert werden, die nach UVG obligatorisch für dieses Risiko versichert sind. Der Versicherer veranlasst das Ruhen auf Antrag der versicherten Person, wenn diese nachweist, dass sie nach UVG vollumfänglich versichert ist (d.h. gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle). Die Prämie wird entsprechend herabgesetzt. Die Sistierung der Unfalldeckung erfolgt auf schriftlichen Antrag der versicherten Person und beginnt frühestens am Folgetag nach Antragseingang und kann nicht rückwirkend erfolgen. Die Prämie wird bei untermonatigem Beginn auf den Tag genau berechnet.
2. Die Unfälle sind gemäss KVG versichert, sobald die Unfalldeckung nach UVG ganz oder teilweise aufhört.
3. Scheidet die versicherte Person aus der obligatorischen Unfallversicherung nach UVG aus, hat sie dies dem Versicherer innert 30 Tagen zu melden. Nach Erlöschen der Versicherungsdeckung gemäss UVG lebt die Unfalldeckung der Krankenpflegeversicherung wieder auf. Die Prämienzahlungspflicht besteht ab dem ersten Tag nach Wegfall der UVG-Deckung.

Art. 14 Sistierung Versicherung

1. Personen, die während mehr als 60 aufeinanderfolgenden Tagen der Militärversicherung unterstellt sind, sind ab Beginn der Unterstellung von der Prämienzahlung befreit, wenn sie die Unterstellung mindestens acht Wochen vor deren Beginn dem Versicherer melden. Wird diese Frist nicht eingehalten, so erhebt der Versicherer ab dem nächsten ihm möglichen Termin, spätestens aber acht Wochen nach der Meldung keine Prämie mehr.
2. Die Taggeldversicherung kann nicht sistiert werden.

Art. 15 Ende der Versicherung

1. Die Versicherung endet durch:

   - Wechsel zu einer anderen Versicherungsgesellschaft
   - Ableben der versicherten Person
   - Wegzug ins Ausland, sofern ein neuer Wohnsitz im Ausland begründet wird, vorbehältlich einer allfälligen Versicherungspflicht gemäss den bilateralen Abkommen mit EU/EFTA.
   - Aufgabe des zivilrechtlichen Wohnsitzes im Tätigkeitsgebiet des Versicherers
   - Ende der gesetzlichen Versicherungspflicht

2. Die Beendigung des Versichertenverhältnisses ist schriftlich durch die versicherte Person (bzw. deren Erben) mitzuteilen.

Art. 16 Wechsel des Versicherers

1. Die versicherte Person kann durch schriftliche Mitteilung unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist per 30. Juni und per 31. Dezember bzw. bei besonderen Versicherungsformen per 31. Dezember vom Versicherer zu einer anderen Versicherungsgesellschaft wechseln.
2. Bei Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Versicherungsgesellschaft unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.
3. Die Kündigung oder der Wechsel des Versicherers sind nur gültig, wenn sie schriftlich sowie frist- und termingerecht erfolgen. Die Kündigung gilt als fristgerecht erfolgt, wenn sie am letzten Arbeitstag vor Ablauf der Kündigungsfrist bis 17 Uhr im Empfangsbereich des Versicherers eingetroffen ist (das Datum des Poststempels ist nicht massgebend).
4. Der Wechsel wird erst wirksam, wenn die Bestätigung der Weiterversicherung durch die neue Versicherungsgesellschaft beim Versicherer eintrifft.
5. Die Kündigung entfaltet keine Wirkung, wenn ausstehende Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungskosten bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht vollständig bezahlt sind.
6. Die Beendigung des Versichertenverhältnisses erfolgt durch schriftliche Mitteilung durch den Versicherer.
7. Nach Beendigung der Versicherung erlöschen allfällige Leistungsansprüche fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für den die Leistung geschuldet war.
8. Die ausgetretene versicherte Person schuldet die Prämien, ausstehende Kostenbeteiligungen und Spesen bis zum Ende der Versicherung.
9. Bei unterjährigem Eintritt werden die im aktuellen Jahr bereits in Rechnung gestellte Franchise und der Selbstbehalt angerechnet. Die versicherte Person reicht hierzu die entsprechenden Belege des Vorversicherers ein.

IV. Leistungen

Art. 17 Versicherte Leistungen

1. Der Versicherer übernimmt auf der Basis dieser AVB die gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsleistungen. Für Unfälle werden die gleichen Leistungen wie bei Krankheit übernommen.
2. Der Leistungsanspruch entsteht ab Beginn der Versicherung und besteht während der Dauer der Versicherung. Für Kosten, die nach Beendigung der Versicherung anfallen (auch im Rahmen von laufenden Schadenfällen), besteht kein Leistungsanspruch. Entscheidend ist das Behandlungsdatum oder der Zeitpunkt der Inanspruchnahme der versicherten Leistung.
3. Werden Leistungsansprüche geltend gemacht, sind die detaillierten Rechnungen und Kostengutsprachegesuche bzw. bei Taggeldansprüchen die Arbeitsunfähigkeitsbestätigungen bis spätestens fünf Jahre nach Rechnungsstellung dem Versicherer einzureichen. Nach dieser Frist erlischt jeglicher Anspruch auf Leistungen (Verwirkungsfrist nach Artikel 24 ATSG). Rechnungen und Unterlagen sind grundsätzlich in deutscher, französischer, italienischer oder englischer Sprache einzureichen. Zu Rechnungen und Unterlagen in anderen Sprachen ist eine Übersetzung von einem offiziellen Übersetzungsbüro in einer der oben erwähnten Amtssprachen beizulegen.
4. Der Versicherer übernimmt Kosten für Leistungen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Als wirtschaftlich gelten Leistungen, wenn sie sich auf das Mass beschränken, das im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.
5. Der Versicherer erstattet Leistungen von anerkannten Leistungserbringern gemäss KVG.
6. Die versicherte Person kann für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten höchstens nach dem Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder deren Umgebung gilt.
7. Medikamente werden vergütet, sofern sie von einem Arzt bzw. Chiropraktor verordnet werden und sich auf der Spezialitätenliste (SL) oder der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) befinden. Die verordneten Medikamente müssen der zugelassenen Indikation entsprechen und innerhalb der vorgesehenen Limitation angewendet werden.
8. Bei stationärer Behandlung kann der Versicherte jedes Spital wählen, das auf der Spitalliste eines Kantons geführt wird. Die Kosten werden jedoch maximal zum Tarif des Wohnkantons übernommen.

9. Wird der Leistungserbringer bei ambulanten oder stationären Behandlungen aus medizinischen Gründen beansprucht, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt.
10. Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt der versicherten Person übernimmt der Versicherer grundsätzlich nur die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen erbracht werden.
11. Keine Leistung wird insbesondere gewährt (bei Ziffer 6 wird die Leistung zwar gewährt, aber aufgeschoben):

    1. für nicht zugelassene Leistungserbringer,
    2. für nicht wirksame, nicht zweckmässige und nicht wirtschaftliche Untersuchungen und Behandlungen,
    3. bei Fehlen von detaillierten Rechnungen,
    4. bei Weigerung, sich einer vertrauensärztlichen Untersuchung zu unterziehen,
    5. für die Zeitdauer der Verspätung bei verspätetem Beitritt,
    6. für die Zeitdauer eines Leistungsaufschubes bis zur vollständigen Bezahlung der Ausstände in den gesetzlich vorgesehenen Fällen.

12. Irrtümlich oder zu Unrecht bezogene Leistungen werden vom Versicherer zurückgefordert.

Art. 18 Subsidiarität

1. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer über Leistungspflichten von und Leistungsbezüge bei anderen Versicherungsgesellschaften oder haftpflichtigen Dritten zu benachrichtigen, sofern der Versicherer Leistungen für den gleichen Versicherungsfall erbringen muss.
2. Erbringt der Versicherer in einem Versicherungsfall, für den ein Dritter haftet, Vorleistungen an die versicherte Person, so tritt der Versicherer gegenüber diesem Dritten im Zeitpunkt des Ereignisses bis auf die Höhe der erbrachten gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person ein. Der Versicherer fordert diese Ansprüche beim Dritten zurück. Dies gilt nicht für die Franchise und den Selbstbehalt oder andere nicht gesetzliche Leistungen, die von der versicherten Person selbst beim Dritten eingefordert werden müssen.

V. Prämien und Kostenbeteiligungen

Art. 19 Prämien

1. Die Prämienhöhe richtet sich nach den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Tarifen. Die Prämien sind nach Altersgruppen und Regionen abgestuft.
2. Die jeweils gültige Prämie, die für mindestens einen Monat im Voraus zu bezahlen ist, kann der Versicherungspolice entnommen werden. Sie kann auf besondere Vereinbarung zweimonatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlt werden.
3. Im Eintrittsmonat sind die Prämien ab dem effektiven Versicherungsbeginn auf den Tag genau geschuldet. Im Austritts- und Todesmonat ist die Prämie für die Zeit nach dem effektiven Austritt respektive nach dem Todestag nicht mehr geschuldet und wird zurückerstattet.
4. Der Versicherer stellt Prämien in Schweizer Franken in Rechnung. Rückerstattungen werden nur in Schweizer Franken vergütet. Die entsprechenden Zahlungsfristen können der Prämienrechnung entnommen werden. Die Bedingungen hierzu werden vom Versicherer festgelegt.

Art. 20 Kostenbeteiligung/Leistungsrückerstattung

Die versicherte Person beteiligt sich, vorbehältlich gesetzlicher Ausnahmen oder anderslautenden Bestimmungen in den Zusatzbedingungen eines alternativen Versicherungsmodells mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, an den Kosten der beanspruchten Leistungen gemäss KVG (inkl. Leistungen für Unfälle) durch eine Kostenbeteiligung. Diese Kostenbeteiligung setzt sich aus einem fixen jährlichen Beitrag (Franchise) sowie einem prozentualen Selbstbehalt zusammen. Zusätzlich zu der Kostenbeteiligung wird bei Spitalaufenthalten in gesetzlich vorgesehenen Fällen ein vom Bundesrat festgesetzter Beitrag pro Tag erhoben.

1. Die maximalen jährlichen Selbstbehalte sowie die Franchisenstufen und der Spitalbeitrag richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben.
2. Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum oder der Zeitpunkt der Inanspruchnahme der versicherten Leistung.
3. Für die in den Ausführungsbestimmungen definierten Untersuchungen und Behandlungen wird aufgrund Mutterschaft keine Kostenbeteiligung erhoben. Ebenso wird bei Krankenpflegeleistungen gemäss Art. 25 und 25 a KVG ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft keine Kostenbeteiligung erhoben.

4. Der Selbstbehalt für den Bezug von Originalmedikamenten, für die ein Generikum erhältlich ist, kann höher sein und die gesetzliche Limite übersteigen.
5. Kostenbeteiligungen werden in Schweizer Franken in Rechnung gestellt. Die entsprechenden Zahlungsfristen können der Leistungsabrechnung entnommen werden. Die Bedingungen hierzu werden vom Versicherer festgelegt.
6. Von der versicherten Person bezahlte Leistungen werden in Schweizer Franken zurückvergütet.

Art. 21 Zahlungsverzug und Bank-/Postgebühren

1. Zahlt eine versicherte Person fällige Prämien und Kostenbeteiligungen trotz schriftlicher Mahnung nicht, wird ihr vom Versicherer eine Zahlungsaufforderung zugestellt und eine Nachfrist von 30 Tagen zur Zahlung eingeräumt. Bezahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen (5 Prozent auf Prämienforderungen) nicht innert der Nachfrist, leitet der Versicherer die Betreibung ein. Auf Wunsch der Kantone gibt der Versicherer der zuständigen kantonalen Stelle die betriebene versicherte Person bekannt.
2. Die Kosten des Betreibungsverfahrens werden den säumigen Versicherten auferlegt. Zudem kann für Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, eine angemessene Bearbeitungsgebühr (Mahnspesen und Inkassogebühren) erhoben werden.
3. Für Ratenzahlungsvereinbarungen bei Zahlungsrückständen kann eine Gebühr erhoben werden.
4. Die versicherte Person hat verschiedene Möglichkeiten, die Bezahlung ihrer Prämien und Kostenbeteiligungen sowie weiterer Rechnungen gebührenfrei vorzunehmen. Gebühren, die bei Einzahlung am Bank- oder Postschalter bzw. an weiteren vergleichbaren physischen Zugangspunkten oder bei Zahlungen aus dem Ausland anfallen, kann SWICA der versicherten Person weiterverrechnen.

VI. Rechte und Pflichten

Art. 22 Melde-, Auskunfts- und Mitwirkungspflicht

1. Die versicherte Person hat dem Versicherer die Auskünfte zu erteilen und die Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die dieser zur Abklärung der Versicherungspflicht und des Leistungsanspruchs, zur Durchsetzung des Regressanspruchs und zur Festsetzung der Prämien und der Leistungen benötigt. Sie nimmt zur Kenntnis, dass der Versicherer aufgrund gesetzlicher Grundlagen ermächtigt ist, Einsicht in Akten anderer Versicherungsgesellschaften, Leistungserbringer, Behörden oder anderer Stellen zu nehmen und diese Daten zu bearbeiten.
   Hat eine versicherte Person wissentlich mit unwahren Angaben oder in anderer rechtswidriger Weise eine Versicherungsleistung erwirkt oder zu erwirken versucht, so kann ihr der Versicherer die Mehrkosten auferlegen, die ihm durch den Beizug von Spezialisten, die zur Bekämpfung des unrechtmässigen Leistungsbezugs mit der Durchführung von Observationen beauftragt wurden, entstanden sind.
2. Ist für die gesetzlichen Leistungen ein anderer Sozialversicherer zuständig, ist die versicherte Person verpflichtet, eine entsprechende Anmeldung vorzunehmen. Weigert sich die versicherte Person, eine Anmeldung vorzunehmen, kann der Versicherer von seinem Anmelderecht Gebrauch machen.
3. Die versicherte Person ist verpflichtet, sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffende Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (z.B. Zivilstandsänderung, Änderung des gesetzlichen Vertreters, Änderung des Prämienzahlers, Wohnsitzwechsel, Änderung des Geschlechts usw.) innert Monatsfrist der auf der Versicherungspolice genannten Organisationseinheit des Versicherers zu melden. Nachteile, die sich aus der Verletzung von Meldepflichten ergeben, gehen zulasten der versicherten Person. Bei verspäteter Meldung kann der Versicherer Prämienausfälle nachfordern. Prämiengutschriften muss der Versicherer rückvergüten, wenn sie nicht mit Forderungen gegenüber der versicherten Person verrechnet werden können. Zudem kann der Versicherer die Ausrichtung von Leistungen vorsorglich einstellen, wenn die versicherte Person die Meldepflicht nach diesem Absatz verletzt hat, einer Lebens- oder Zivilstandskontrolle nicht fristgerecht nachgekommen ist oder der begründete Verdacht besteht, dass sie die Leistungen unrechtmässig erwirkt.
4. Begründet die versicherte Person ausserhalb des Tätigkeitsgebietes des Versicherers einen neuen Wohnsitz (in der Schweiz oder im Ausland), so hat sie dies dem Versicherer innert 20 Tagen zu melden. Unterlässt die versicherte Person diese Meldung durch eigene Schuld, endet die Versicherung nach den Vorgaben des KVG.

Art. 23 Schadensminderungspflicht

1. Die versicherte Person hat bei Krankheit, Mutterschaft oder Unfall alles Nötige zu unternehmen, um ihre Genesung zu fördern, und alles zu unterlassen, was ihre Genesung gefährden oder verzögern könnte. Die versicherte Person hat im Rahmen der Behandlungen und Untersuchungen den Anordnungen des anerkannten, behandelnden Leistungserbringers Folge zu leisten. Sie darf den Leistungserbringer nicht zu unnötigen und unwirtschaftlichen Behandlungen und Untersuchungen oder Abklärungen veranlassen. Gefährdet die versicherte Person ihre Genesung oder weigert sie sich, mit dem Versicherer zusammenzuarbeiten, können Leistungen gekürzt oder verweigert werden.
2. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person auf Kosten des Versicherers von seinem Vertrauensarzt oder von einem Arzt seiner Wahl untersuchen lässt.

Art. 24 Zahlungsverbindung

1. Die versicherte Person teilt dem Versicherer eine Schweizer Zahlungsverbindung (Bank- oder Postkonto) für die bargeldlose Rückerstattung mit. Zahlungen auf dieses Konto gelten als erbracht. Sollte keine solche Zahlungsverbindung angegeben werden, gelten die Zahlungen des Versicherers als erbracht, wenn sie an die letztbekannte Adresse der versicherten Person erfolgt sind. Diesfalls ist der Versicherer berechtigt, einen Unkostenbeitrag pro Zahlung zu erheben. Kunden mit Wohnsitz ausserhalb der Schweiz können ein Konto einer Bank in ihrem Wohnland angeben.
2. Auszahlungen durch den Versicherer erfolgen stets in Schweizer Franken. Bei einem Konto bei einem im Ausland domizilierten Finanzinstitut sind sämtliche Spesen und Gebühren der ausländischen Bank durch die versicherte Person zu bezahlen. Gleiches gilt für Zahlungen der versicherten Personen mit Wohnsitz im Ausland an den Versicherer von einem Konto eines ausländischen Finanzinstituts.

Art. 25 Rückerstattung

Zu Unrecht bezogene Leistungen oder andere geldwerte Vorteile (wie Prämienrückerstattungen/Prämienverbilligungen) sind dem Versicherer durch die versicherte Person zurückzuerstatten, unabhängig davon, ob sie der versicherten Person oder einem Dritten (z.B. Arzt oder Spital) ausbezahlt wurden. Der Rückforderungsanspruch erlischt drei Jahre, nachdem der Versicherer davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber fünf Jahre nach der Auszahlung der einzelnen Leistung.

Art. 26 Verpfändung und Abtretung

Die versicherte Person darf ihre Forderungen gegenüber dem Versicherer weder an Dritte abtreten noch verpfänden. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig. Vorbehalten sind gesetzliche Ausnahmen.

Art. 27 Versichertenkarte

1. Die versicherte Person erhält von SWICA eine Versichertenkarte. Diese dient als Ausweis über abgeschlossene Versicherungen gegenüber Leistungserbringern. Sofern entsprechende Verträge abgeschlossen wurden, berechtigt sie zudem zum Bezug von Leistungen wie z.B. dem bargeldlosen Bezug ärztlich verschriebener und zugelassener Medikamente in Apotheken. Die Karte wird aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des KVG erstellt und enthält darüber hinaus Angaben entsprechend den EU-Normen als Nachweis des Versicherungsschutzes bei Aufenthalten im EU-Raum. Bei Vorweisen der Karte werden dem Versicherer demnach auch medizinisch notwendige Behandlungen im EU-/EFTA-Raum bei öffentlichen Leistungserbringern belastet.
   Wird eine Versicherung nach VVG abgeschlossen, können Angaben zum Umfang der Versicherungsdeckung inkl. Zusatzversicherungen enthalten sein.
2. Das Vorweisen der Versichertenkarte gegenüber Spitälern in der Schweiz gilt nicht als rechtsverbindliche Kostengarantie.
3. Die Versichertenkarte ist während der Dauer der Versicherungsdeckung gültig. Sie darf weder ausgeliehen noch übertragen noch Dritten zugänglich gemacht werden. Geht die Versichertenkarte verloren oder kommt sie der versicherten Person abhanden, ist der Versicherer darüber unverzüglich zu benachrichtigen. Nach Wegfall der Versicherungsdeckung hat die versicherte Person die Versichertenkarte sofort zu vernichten.
4. Wird die Versichertenkarte vorsätzlich durch die versicherte Person missbräuchlich verwendet, haftet die Person, auf die die Versichertenkarte ausgestellt ist, für den dem Versicherer entstandenen Schaden. Insbesondere sind die zu Unrecht erfolgten Versicherungsleistungen dem Versicherer zurückzuerstatten und die damit verbundenen Gebühren zu übernehmen.

VII. Datenschutz

Art. 28 Datenbearbeitung bei SWICA

1. SWICA beschafft und verwendet personenbezogene Daten der Versicherten in Übereinstimmung mit dem geltenden Datenschutzgesetz und dessen Ausführungsbestimmungen, den geltenden Sozialversicherungsgesetzen sowie gemäss den Datenschutzbestimmungen von SWICA, abrufbar unter **swica.ch/datenschutz**. Die Datenschutzerklärung hat deklaratorische Bedeutung und ist nicht Vertragsbestandteil. Sie findet während der gesamten Dauer des Vertragsverhältnisses zwischen SWICA und der versicherten Person Anwendung.
2. Bearbeitet werden insbesondere Stamm- und Vertragsdaten (wie z.B. Vorname, Name, Anschrift, Postleitzahl, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefonnummer [Mobile und Festnetz], Bankverbindungen, Zivilstand, Anzahl Kinder, Daten von Bevollmächtigten, finanzielle Angaben über das Einkommen), Gesundheitsdaten (Diagnose, Symptome, Medikationen, durchgeführte Operationen usw.), Daten über Behandlungen und den Behandlungsweg, Leistungskosten, Daten über den persönlichen und sozialen Lebensbereich oder auch Persönlichkeitsprofile, Daten von anderen Versicherern, Daten von Leistungserbringern oder Daten über schuldbetreibungs- und konkursrechtliche Angelegenheiten.
3. SWICA bearbeitet die Daten insbesondere im Rahmen der Aufnahme in die obligatorische Krankenversicherung (Beratungsgespräch, Aufnahmeantrag usw.) und zur Versicherungsvertragsabwicklung (Leistungsabwicklung, Informationsvermittlung, Kundenbetreuung, Customer Journey, integrierte Versorgung, Unterbreitung von Produktangeboten und Marketing [sofern eingewilligt] usw.). Zudem wertet SWICA personenbezogene Daten mittels mathematischer und automatisierter Methoden (Profiling [sofern eingewilligt]) zu statistischen Zwecken aus. Anhand der gewonnenen Erkenntnisse kann SWICA die Qualität und die Nutzung von Dienstleistungen und Produkten für bestehende, ehemalige und potenzielle Kunden verbessern und die versicherten Personen darüber informieren.
4. Die in Ziffer 2 genannten Datenkategorien können zur Integrierten Versorgung und individuellen Gesundheitsberatung als Teil der Leistungsprüfung und -beurteilung gemäss den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit bearbeitet werden. SWICA wird in diesem Zusammenhang auf die bei SWICA vorhandenen Gesundheitsdaten zugreifen und die Versicherten dementsprechend beraten. Integrierte Versorgung und individuelle Gesundheitsberatung bedeutet, dass SWICA die versicherte Person namentlich über den Behandlungsweg, die für sie nützlichen Behandlungsprogramme und den für sie geeigneten Leistungserbringer beraten und informieren oder ihr auch andere Informationen hinsichtlich der Verbesserung der persönlichen und gesundheitlichen Situation (wie beispielsweise die Information über allfällige Unverträglichkeiten) zukommen lassen kann. Falls dies von der versicherten Person gewünscht ist und sie der Datenbekanntgabe an santé24 zugestimmt hat, kann die Beratung auch durch die Onlinepraxis santé24 erfolgen.
   Welche weiteren Daten bearbeitet werden, kann der aktuellen Datenschutzerklärung entnommen werden. Die personenbezogenen Daten werden insbesondere zu Zwecken bearbeitet, zu denen SWICA gesetzlich ermächtigt ist und die der Erfüllung gesetzlicher und regulatorischer Pflichten oder der Wahrung berechtigter Interessen dienen. Zudem bearbeitet SWICA die Daten zu Zwecken, zu denen die versicherte Person im Rahmen der Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG ihre Einwilligung erteilt hat.
5. Unter Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen und soweit für die genannten Zwecke erforderlich, kann SWICA personenbezogene Daten an Dritte (z.B. andere beteiligte Versicherer, Vertrauensärzte, Behörden, Anwälte und externe Sachverständige, Rechenzentren, Dienstleister usw.) im In- und Ausland weitergeben. Eine Datenweitergabe kann zum Zweck der Leistungskoordination mit ausländischen Leistungserbringern, im Regressverfahren oder zur Aufdeckung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch erfolgen.
   Zudem können personenbezogene Daten im Rahmen eines Outsourcings (z.B. IT-Dienstleistungen) an beauftragte Dritte im In- und Ausland weitergegeben werden. SWICA verpflichtet die Dritten vertraglich zur Vertraulichkeit und Geheimhaltung sowie zur Einhaltung des Datenschutzgesetzes.
6. Weitere zusätzliche Informationen zur Bearbeitung von Daten finden sich in der Datenschutzerklärung von SWICA. Die Datenschutzerklärung findet während der gesamten Dauer des Vertragsverhältnisses zwischen SWICA und den Versicherten Anwendung. Die Datenschutzerklärung ist integraler Bestandteil des Versicherungsverhältnisses und gibt insbesondere weiterführende Auskunft über die bearbeiteten Datenkategorien, die Datenbearbeitungsvorgänge, deren Zwecke sowie die entsprechenden Grundlagen der Datenbearbeitung wie auch hinsichtlich der Rechte der Versicherten in Bezug auf die Datenbearbeitung durch SWICA sowie die Dauer der Datenbearbeitung und der Aufbewahrungsfristen der Daten.

VIII. Rechtspflege

Art. 29 Rechtspflege

1. Ist die versicherte Person mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden, so kann sie verlangen, dass dieser innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche und begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung erlässt.
2. Gegen die Verfügung des Versicherers kann innerhalb von 30 Tagen seit der Eröffnung bei der Generaldirektion des Versicherers schriftlich Einsprache erhoben werden. Diese ist zu begründen.
3. Gegen Einspracheentscheide des Versicherers kann innert 30 Tagen nach Eröffnung eine Verwaltungsgerichtsbeschwerde beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht erhoben werden. Das kantonale Versicherungsgericht kann auch angerufen werden, wenn der Versicherer entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.
4. Gegen Entscheide des Versicherungsgerichts steht innerhalb von 30 Tagen nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes die Beschwerde beim Bundesgericht offen.
5. Die Verfügung oder der Einspracheentscheid erwächst in Rechtskraft nach unbenütztem Ablauf der entsprechenden Rechtsmittelfrist oder bei Vorliegen eines rechtskräftigen Urteils.
6. Der Versicherer kann in seiner Verfügung einer Einsprache respektive in seinem Einspracheentscheid der Beschwerde die aufschiebende Wirkung entziehen, auch wenn die Verfügung/der Einspracheentscheid eine Geldleistung zum Gegenstand hat. Ausgenommen sind Verfügungen/Einspracheentscheide über die Rückerstattung unrechtmässig bezogener Leistungen.

IX. Verschiedene Bestimmungen

Art. 30 Mitteilungen und Schriftlichkeit

1. Alle Mitteilungen und Anspruchsbegründungen der versicherten Person sind schriftlich (inklusive rechtsgültiger Unterschrift der versicherten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters) an den Versicherer zu richten. Für gewisse Mitteilungen kann der Versicherer auch E-Mails oder andere elektronische Kommunikationsmittel ausdrücklich zulassen, sofern dies gesetzlich zulässig ist. Bekanntmachungen des Versicherers, die das Versicherungsverhältnis betreffen, werden in rechtsverbindlicher Form durch Rundschreiben, Information auf der Webseite, in der Kundenzeitschrift oder auf andere geeignete Weise veröffentlicht.
2. Alle Mitteilungen seitens des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die von der versicherten Person zuletzt an den Versicherer kommunizierten Kontaktangaben. Bei einem Auslandsaufenthalt von mehr als drei Monaten ist dem Versicherer im Falle einer postalischen Kommunikation die entsprechende Kontaktadresse in der Schweiz anzugeben.
3. Die in den AVB oder ZB genannten jeweils gültigen Listen und Verzeichnisse werden digital zur Verfügung gestellt und laufend aktualisiert, sind jederzeit abrufbar und können auch bei der auf der Versicherungspolice genannten Organisationseinheit des Versicherers bezogen werden. Massgebend sind immer die zum Behandlungszeitpunkt gültigen Listen und Verzeichnisse.
4. Der Begriff «schriftlich», wie in den vorliegenden AVB verwendet, gilt sinngemäss auch für elektronische Mitteilungen, wo diese vom Versicherer ausdrücklich auf elektronischem Weg vorgesehen und gesetzlich zulässig sind.
5. Anstelle der eigenhändigen Unterschrift akzeptiert der Versicherer auch eine qualifizierte elektronische Signatur im Sinne des Bundesgesetzes über die elektronische Signatur vom 19. Dezember 2003 bzw. der jeweils gültigen bundesgesetzlichen Regelung. Abweichende gesetzliche oder vertragliche Regelungen bleiben vorbehalten.

Art. 31 Digitale Dienstleistungen

Für vom Versicherer zur Verfügung gestellte digitale Dienstleistungen gelten zusätzliche Vereinbarungen (zum Angebot, zu den Rechten und Pflichten, zur Zugriffsberechtigung etc.). Nimmt die versicherte Person solche Dienstleistungen in Anspruch, werden diese Vereinbarungen für sie verbindlich, vorbehältlich anderslautender Regelungen.

Art. 32 Auslegung

Die Originalfassung dieser AVB ist die deutsche Version. Die französische, italienische und englische Fassung sind Übersetzungen. Bei allfälligen Auslegungsdifferenzen ist der deutsche Text massgebend.

Art. 33 Inkrafttreten

Diese AVB für Versicherungen nach KVG treten per 1. Januar 2022 in Kraft. Für die ZB gilt das jeweilige Gültigkeitsdatum. Der Versicherer kann die AVB und ZB jederzeit ändern (vorbehältlich der erforderlichen vorgängigen Genehmigung der Aufsichtsbehörde), mit entsprechender Information an die versicherten Personen.

Glossar

ATSG

Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

AVB

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Versicherungen gemäss KVG

DSG

Bundesgesetz über den Datenschutz vom 19. Juni 1992

Freizügigkeitsabkommen

Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits (für Staatsangehörige der Europäischen Freihandelsassoziation gelten dieselben Regelungen) über die Freizügigkeit.

Geburtsgebrechen

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

Generikum

Ein von Swissmedic zugelassenes Nachfolgemedikament, das im Wesentlichen gleich ist wie das entsprechende Originalpräparat. Das Generikum enthält dieselben Wirkstoffe in derselben Menge und Darreichungsform wie das Originalpräparat, die Hilfsstoffe können sich jedoch unterscheiden. Aufgrund des abgelaufenen Patentschutzes des Originalpräparates können Generika kostengünstiger angeboten werden.

Kostenbeteiligung

Die versicherte Person beteiligt sich grundsätzlich an den Kosten durch die Franchise, den Selbstbehalt und den Spitalbeitrag. Die Kostenbeteiligung setzt sich bei Erwachsenen grundsätzlich aus der gewählten Jahresfranchise sowie aus einem die Franchise übersteigenden Selbstbehalt von 10 Prozent* der Kosten zusammen. Bei Kindern umfasst die Kostenbeteiligung grundsätzlich die Franchise, falls eine solche gewählt wurde, sowie ebenfalls einen Selbstbehalt von 10 Prozent* der Kosten.

Der Selbstbehalt für den Bezug von Originalmedikamenten, für die ein Generikum erhältlich ist, kann höher sein und die gesetzliche Limite übersteigen.

Die Belastung der Kostenbeteiligung erfolgt in folgender Reihenfolge:

- Spitalbeitrag
- Franchise
- Selbstbehalt

Bei Mutterschaftsleistungen wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Bei Krankenpflegeleistungen wird ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft ebenfalls keine Kostenbeteiligung erhoben.

Zusätzlich zu der Kostenbeteiligung wird bei Spitalaufenthalten in gesetzlich vorgesehenen Fällen ein vom Bundesrat festgesetzter Beitrag erhoben.

Werden Rechnungen von Leistungserbringern direkt vom Versicherer beglichen («Tiers payant»), belastet der Versicherer der versicherten Person die übernommenen Kosten bis zur Ausschöpfung der Franchise bzw. bis zum die Franchise übersteigenden Selbstbehalt. Der Spitalbeitrag wird unabhängig vom Ausschöpfen der Kostenbeteiligung in Rechnung gestellt. Vorbehalten bleiben anders lautende Verträge des Versicherers mit Dritten.

Krankheit

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

*Bei gewissen Arzneimitteln gemäss Liste des EDI kann der Selbstbehalt 20 Prozent betragen.

KVG

Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994

KVV

Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995

Mutterschaft

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

Notfall

Ein Notfall ist die Unaufschiebbarkeit der Behandlung aus medizinischen Gründen. Ein Notfall wird in der Regel durch eine plötzlich auftretende, nicht vorhersehbare Behandlungsnotwendigkeit ausgelöst.

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.

UVG

Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981

Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers

Die versicherten Personen können bei der ordentlichen Krankenpflegeversicherung für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Die versicherte Person kann ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt. Die Versicherung mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers ist eine besondere Versicherungsform.

170d / online / 8.2026