

Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt

Sie fragen – wir antworten



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG



Inhalt

Versicherungsschutz: Muss ich mich versichern?	5
Leistungen: Was bezahlt mir die Krankenkasse?	7
Prämien und Kostenbeteiligung	13
Sparmöglichkeiten	15
Was tun bei Problemen?	18
Adressen	19
Musterbriefe	25
Weitere Informationen	27
Stichworte / Index	28

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit BAG

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit BAG

Publikationszeitpunkt: Februar 2014

Diese Broschüre erscheint ebenfalls in französischer, italienischer und englischer Sprache.

Vertrieb:

BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern

www.bundespublikationen.admin.ch

Bestellnummer: 316.950.d 860327536/1

BAG-Publikationsnummer: 2014-KUV-01 2'500d 1'200f 250i 200e
www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/index.html?lang=d

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Dieser Ratgeber beantwortet Fragen zur obligatorischen Krankenversicherung, welche am häufigsten gestellt werden. Er vermittelt einen allgemeinen Überblick über die gesetzlichen Vorschriften (Stand: 1. Januar 2014). Massgebend sind die geltenden gesetzlichen Bestimmungen. In Einzelfällen geben die Versicherer (Krankenkassen) Auskunft.

Begriffe

«Krankenkassen»: Versicherer, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) durchführen. Die Krankenkassen sind nicht gewinnorientiert und müssen vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) anerkannt sein. Es steht ihnen frei, neben der Grundversicherung auch Zusatzversicherungen anzubieten.

Grundversicherung / Krankenpflegeversicherung KVG: Obligatorisch, gewährleistet qualitativ hoch stehende und umfassende Grundversorgung für alle. Sie bietet allen Versicherten denselben Leistungsumfang. Der vorliegende Ratgeber gibt Ihnen Informationen dazu.

Zusatzversicherung: Freiwillig, deckt u.a. zusätzlichen Komfort (z.B. Halbprivat- oder Privatabteilung im Spital) oder weitere Leistungen ab (Behandlung durch Naturärzte und -ärztinnen, gewöhnliche Zahnbehandlungen etc.). Prämien können sich nach dem «Risiko», das eine Person für eine Krankenkasse darstellt, richten. Diese kann die Aufnahme von Personen ablehnen oder Vorbehalte aufgrund des Gesundheitszustandes anbringen. ■

Muss ich mich versichern?

Grundsätzlich ja, in der Schweiz ist die Krankenversicherung obligatorisch

Sie müssen sich versichern,

- wenn Sie in der Schweiz wohnhaft sind, unabhängig von Ihrer Staatsangehörigkeit. Jedes Familienmitglied muss versichert sein, Erwachsene ebenso wie Kinder.
- als ausländische/-r Staatsangehörige/-r mit einer Aufenthaltsbewilligung von drei Monaten und länger;
- als ausländische/-r Staatsangehörige/-r, wenn Sie in der Schweiz für weniger als drei Monate arbeiten und nicht über einen gleichwertigen ausländischen Versicherungsschutz verfügen;
- wenn Sie sich neu in der Schweiz niederlassen;
- wenn Sie als Schweizer/Schweizerin oder EU/EFTA-Staatsangehörige/-r in der Schweiz erwerbstätig sind und in einem EU-Mitgliedstaat, in Island oder Norwegen wohnen. Dies gilt auch für Ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen.
- wenn Sie als Schweizer/Schweizerin oder EU/EFTA-Staatsangehörige/-r ausschliesslich eine Rente oder eine Arbeitslosenentschädigung aus der Schweiz beziehen und in einem EU-Mitgliedstaat, in Island oder Norwegen wohnen. Dies gilt auch für Ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen.
- als Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerin, wenn Sie von Ihrem schweizerischen Arbeitgeber vorübergehend ins Ausland entsandt werden. Dies gilt auch für Ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen.

Nein, in bestimmten Ausnahmefällen besteht keine Versicherungspflicht oder Sie können sich befreien lassen

In bestimmten Fällen besteht keine Versicherungspflicht, obwohl Sie in der Schweiz wohnen, z.B.

- wenn Sie in einem EU-/EFTA-Staat erwerbstätig sind;
- wenn Sie ausschliesslich eine Rente aus einem EU-/EFTA-Staat erhalten;
- als Mitglied diplomatischer oder konsularischer Missionen sowie als Angestellte/-r von internationalen Organisationen, welche Vorrechte nach internationalem Recht haben.

Zudem können sich einige Personen von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen, z.B.

- wenn Sie vorübergehend in die Schweiz kommen um zu studieren;
- wenn Sie z.B. als Grenzgängerin, als Grenzgänger, als Rentnerin oder als Rentner mit Wohnort in einem EU-/EFTA-Staat über ein Optionsrecht in der Krankenversicherung verfügen. Das steht Ihnen z.B. bei Wohnort in Deutschland, Frankreich, Italien oder Österreich zu.

Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht sind innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht in der Schweiz an die zuständige kantonale Stelle (die Adressen finden Sie hinten auf Seite 22 und 23) oder bei Rentnerinnen und Rentnern, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, an die Gemeinsame Einrichtung zu richten (http://www.kvg.org/de/rentner-_content---1--1041.html).

(s. Broschüre «Soziale Sicherheit in der Schweiz », abrufbar via Internet unter: www.bsv.admin.ch/soziale_sicherheit/index.html?lang=de)

Wo kann ich mich versichern?

Die obligatorische Krankenversicherung kann bei jeder Niederlassung einer der rund 60 Krankenkassen abgeschlossen werden. Der Abschluss einer Krankenversicherung bei Wohnsitz in einem EU-Staat, in Island oder Norwegen ist nur bei bestimmten Krankenkassen möglich. Weitere Auskünfte über die Versicherungspflicht und Befreiung davon erteilen die kantonalen Behörden (s. Adressen Seite 22).

Wann muss ich mich versichern?

Die Krankenversicherung vergütet Ihnen rückwirkend bis zum Versicherungsbeginn allfällige Auslagen, sofern Sie sich oder Ihr Neugeborenes rechtzeitig, d.h. innert drei Monaten seit Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz bei einem Krankenversicherer anmelden.

Da auch zeitlich rückwirkend bis zum Versicherungsbeginn allfällige Auslagen vergütet werden, sind zwingend auch die Prämien rückwirkend bis zum Versicherungsbeginn zu entrichten.

Falls Sie die Frist von drei Monaten seit Ihrer Wohnsitznahme oder der Geburt Ihres Kindes in der Schweiz nicht einhalten, bezahlen Sie einen Zuschlag, und bereits entstandene Auslagen werden von der Versicherung nicht vergütet.

Was bezahlt mir die Krankenkasse?

...beim Arzt oder bei der Ärztin:

Vor einer Untersuchung oder Behandlung sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientin / den Patienten darüber orientieren, ob die betreffende Leistung durch die obligatorische Krankenversicherung übernommen wird oder nicht.

Die Krankenkasse vergütet grundsätzlich alle Behandlungen, die von einem Arzt oder einer Ärztin vorgenommen werden.

Daneben können Personen im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin bestimmte Leistungen erbringen (Physiotherapie, Krankenpflege zu Hause (SPITEX) oder im Pflegeheim, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Logopädie, Ergotherapie). Vergütet werden ebenfalls Untersuchungen (z.B. Analysen, Röntgen), die vom Arzt / von der Ärztin angeordnet worden sind. Psychotherapien werden unter Einhaltung bestimmter Bedingungen übernommen. Für entsprechende Vergütungen erkundigen Sie sich bei Ihrem Arzt / bei Ihrer Ärztin oder bei Ihrer Krankenkasse. Dies gilt ebenfalls, wenn Sie überhaupt Zweifel hegen, ob die Krankenkasse eine medizinische Behandlung übernimmt. Behandlungsmethoden, bei denen die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit oder das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen (Wirtschaftlichkeit) fraglich ist, werden in der Grundversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen bezahlt.

...in der Komplementärmedizin:

- die Akupunktur
- die Anthroposophische Medizin
- die Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)
- die Ärztliche Klassische Homöopathie
- die Phytotherapie

Die oben erwähnten komplementärmedizinischen Behandlungen werden übernommen, wenn sie von einem Arzt oder einer Ärztin erbracht werden, die über eine anerkannte Weiterbildung in der entsprechenden Disziplin verfügen (Dokumente einsehbar im Internet unter www.bag.admin.ch/ref). Ausser bei der Akupunktur gilt die Leistungspflicht während einer Evaluationsphase bis zum 31.12.2017.

Die zur Behandlung eingesetzten Medikamente werden vergütet, wenn sie in der Spezialitätenliste oder der Arzneimittelliste mit Tarif aufgeführt sind (s. Seite 8).

...im Spital:

Sie können unter den Spitälern wählen, die auf der Spitalliste Ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Die Spitallisten erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse oder beim kantonalen Gesundheitsdepartement. Wenn Sie sich aus freien Stücken in einem Listenspital behandeln lassen wollen, das nicht auf der Spitalliste Ihres Wohnkantons ist, werden die Kosten für die Behandlung und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung höchstens in der Höhe übernommen, wie sie für die betreffende Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons gelten. Muss die Behandlung aus medizinischen Gründen (Notfall, Spezialbehandlung) in einem Spital durchgeführt werden, das nicht auf der Spitalliste Ihres Wohnkantons aufgeführt ist, werden die Kosten für die Behandlung und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung dieses Spitals vollumfänglich übernommen.

Die Zusatzkosten für die Behandlung und den Aufenthalt in der Privat- oder Halbprivat-Abteilung gehen zu Ihren Lasten oder werden von einer allfälligen Zusatzversicherung gedeckt.

...bei Medikamenten:

Die Grundversicherung übernimmt die Kosten für sämtliche Medikamente, die von einem Arzt oder einer Ärztin verschrieben werden und die in der sogenannten «**Spezialitätenliste**» aufgeführt sind (s. Seite 27). Kassenpflichtig sind zurzeit rund 2500 Medikamente, wobei die Liste ständig dem medizinischen Fortschritt angepasst wird. Durch die Grundversicherung vergütet werden auch die Medikamente, die als Magistralrezeptur (in der Regel in der Apotheke) hergestellt werden, wenn die Inhaltsstoffe in der Arzneimittelliste mit Tarif enthalten sind (s. Seite 27).

Apothekerinnen und Apotheker können an Stelle der Originalpräparate Generika abgeben, sofern die Ärztinnen und Ärzte nicht ausdrücklich Originalmedikamente verschreiben. Generika sind qualitativ gleichwertige «Kopien», die in der Regel billiger sind als Originalpräparate; sie enthalten dieselben Wirkstoffe (s. Seite 27).

...bei Massnahmen zur Prävention:

Die Grundversicherung übernimmt die Kosten verschiedener Massnahmen, die der Gesundheitsvorsorge (Prävention) dienen, wie insbesondere

- **verschiedene Impfungen** gemäss den Richtlinien und Empfehlungen des Schweizerischen Impfplans (<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00685/03212/index.html?lang=de>), so beispielsweise:
 - Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung, Haemophilus-Influenzae Typ B, Windpocken sowie Masern, Mumps und Röteln (MMR). Auf die Impfung gegen MMR wird vom 1.1.2013 bis zum 31.12.2015 für Personen, die nach dem 31.12.1963 geboren sind, keine Franchise erhoben.
 - Impfung gegen Hepatitis-B und für spezielle Risikogruppen gegen Hepatitis-A
 - Impfung gegen Grippe bei Personen ab 65 Jahren und bei Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko bei einer Grippeerkrankung
 - Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (Zeckenenzephalitis)
 - Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs für Mädchen im Schulalter und junge Frauen bis 26 Jahre, wenn die Impfung im Rahmen eines kantonalen Impfprogramms erfolgt. Auf dieser Impfung wird keine Franchise erhoben.
 - Nicht bezahlt werden spezielle Reiseimpfungen und prophylaktische reise-medizinische Leistungen, zum Beispiel die Gelbfieberimpfung oder die Malariaphylaxe.
- Acht Untersuchungen zur Kontrolle des Gesundheitszustandes und der normalen **Entwicklung von Kindern** im Vorschulalter.
- **Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen** (inklusive Krebsabstrich): werden alle drei Jahre bezahlt, wenn zuvor zwei jährliche Kontrollen ohne Befund gewesen sind; sonst nach Notwendigkeit.
- **Mammographie** zur Erkennung von Brustkrebs: Übernahme einer Untersuchung pro Jahr, wenn Mutter, Tochter oder Schwester an Brustkrebs erkrankt sind oder waren. Übernahme einer Untersuchung alle zwei Jahre für Frauen ab dem fünfzigsten Altersjahr, wenn die Untersuchung im Rahmen eines kantonalen oder regionalen Programms vorgenommen wird, das bestimmte Auflagen der Qualitätssicherung erfüllt. Solche Programme gibt es in den Kantonen Bern, Freiburg, Genf, Jura, Neuenburg, Waadt, Wallis, Graubünden, St. Gallen und Thurgau (nähere Auskünfte erteilen der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin oder sind abrufbar im Internet unter www.depistage-sein.ch).

Wichtig: All diese Massnahmen dienen der Prävention und werden von der Grundversicherung bezahlt, auch wenn kein Verdacht auf eine Erkrankung besteht. Sobald es Anhaltspunkte für eine Erkrankung gibt, können Arzt und Ärztin Untersuchungen im Rahmen ihres eigenen Ermessens durchführen. Diese werden von der Grundversicherung getragen. ■

...bei Mutterschaft:

- **Schwangerschaft:** Die Grundversicherung übernimmt die Kosten für sieben Routineuntersuchungen während der Schwangerschaft bei einem Arzt, einer Ärztin oder einer Hebamme, sowie für zwei Ultraschalluntersuchungen (eine zwischen der 11. und 14., eine weitere zwischen der 20. und 23. Schwangerschaftswoche). Im Fall einer Risikoschwangerschaft werden so viele (Ultraschall-) Untersuchungen wie nötig übernommen.
- An Kurse zur **Geburtsvorbereitung**, die von Hebammen in Gruppen durchgeführt werden, bezahlt die Grundversicherung 100 Franken.
- Die Kosten einer **Geburt** werden vergütet, wenn diese von einem Arzt, einer Ärztin oder einer Hebamme begleitet wird, sei es im Spital, zu Hause oder in einem Geburtshaus.
- Nach der Geburt übernimmt die Grundversicherung eine **Nachkontrolle** zwischen der 6. und 10. Woche sowie die Kosten von maximal drei **Stillberatungen**, die von Hebammen oder speziell ausgebildeten Pflegefachpersonen durchgeführt werden.

...bei Spitalkosten für das Neugeborene:

Die Spital- und Pflegekosten für das gesunde Neugeborene, die während des Spitalaufenthalts mit seiner Mutter anfallen, gehören zu den Mutterschaftsleistungen, d.h. sie gehen zu Lasten der Versicherung der Mutter (ohne Kostenbeteiligung). Wird aber das Neugeborene krank, dann gehen die Kosten zu Lasten des Versicherers des Neugeborenen (mit Kostenbeteiligung).

...bei Physiotherapie:

Die Kosten für Physiotherapie sind gedeckt, wenn die Behandlung ärztlich verordnet wurde und von einer zugelassenen Physiotherapeutin oder einem Physiotherapeuten durchgeführt wird. Es können bis zu 9 Sitzungen verschrieben werden, wobei die erste Behandlung innert fünf Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss. Falls erforderlich, kann jedoch der Arzt oder die Ärztin eine Fortsetzung der Behandlung anordnen. Im Unterschied zur Physiotherapie wird die Behandlung durch **Chiropraktorerinnen und -praktoren** ohne ärztliche Verordnung vergütet.

...an Brillen und Kontaktlinsen:

Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr bezahlt die Grundversicherung einen Beitrag von 180 Franken pro Jahr an ärztlich verordnete Brillengläser und Kontaktlinsen.

Bei sehr starken Sehfehlern oder beim Vorliegen von bestimmten Erkrankungen wie beispielsweise krankheitsbedingten Refraktionsänderungen, Anpassungen nach Operationen oder Hornhauterkrankungen, bezahlt die Grundversicherung – unabhängig vom Alter der versicherten Person – höhere Beiträge an Brillengläser und Kontaktlinsen (Auskünfte erteilen die Krankenkassen oder die Augenärztinnen und Augenärzte).

Die Leistungen für Brillengläser und Kontaktlinsen unterliegen wie die übrigen Leistungen der Krankenversicherung der Kostenbeteiligung (s. Seite 13).

...an Hilfsmittel und Apparate:

Die Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel und Apparate wie Bandagen, Stützverbände, Inhalations- und Atemtherapiegeräte oder Inkontinenzhilfen usw., die in der Mittel- und Gegenständeliste aufgeführt sind («MiGeL», siehe Seite 27), werden bis zu einem bestimmten Höchstbetrag übernommen.

Die Leistungen für Hilfsmittel und Apparate unterliegen wie die übrigen Leistungen der Krankenversicherung der Kostenbeteiligung (s. Seite 13).

...bei Zahnbehandlungen:

Die obligatorische Krankenversicherung vergütet Zahnbehandlungskosten lediglich, wenn eine schwere Erkrankung des Kausystems auftritt sowie im Zusammenhang mit einer schweren Allgemeinerkrankung (z.B. bei Leukämie, Herzklappenersatz) wenn sie zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlungen notwendig sind, oder wenn nach Unfällen keine andere Versicherung die Behandlungskosten deckt. Demgegenüber werden beispielsweise die Kosten für gewöhnliche Zahnfüllungen bei Karies oder die Korrektur von Zahnstellungen (Zahnspangen bei Kindern) nicht übernommen.

...bei einem Unfall:

- Wenn Sie mindestens 8 Stunden in der Woche arbeiten, sind Sie beim Arbeitgeber gegen Berufs- und Nichtberufsunfall gemäss Unfallversicherungsgesetz UVG versichert. Bei einem Unfall kommen Sie in den Genuss der Leistungen dieser Versicherung.
- Wenn Sie keine obligatorische Unfallversicherung (gemäss UVG) abgeschlossen haben, müssen Sie sich bei Ihrer Krankenversicherung gegen Unfall versichern; Ihre Prämie wird dadurch etwas höher sein. Bei einem Unfall muss Ihre Krankenversicherung die gleichen Leistungen erbringen wie im Falle einer Krankheit.

...an Badekuren:

Die Krankenkasse vergütet 10 Franken pro Tag (während 21 Tagen pro Jahr), wenn eine Badekur von einem Arzt oder einer Ärztin verschrieben wurde und in einem zugelassenen Heilbad durchgeführt wird (erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse). Die zusätzlichen Kosten, beispielsweise für ärztliche Behandlung, Physiotherapie oder Medikamente, werden separat vergütet.

...an Pflege zu Hause (Spitex) oder in Pflegeheimen:

Wenn Sie nach einer Operation oder aufgrund einer Krankheit der Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim bedürfen, leistet die Grundversicherung einen Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten und aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs erbrachten pflegerischen Leistungen (z.B. Spritzen verabreichen, Verband wechseln, Wunden reinigen und versorgen, Puls- und Blutdruck messen, Beratung bei der Einnahme von Medikamenten und beim Gebrauch medizinischer Geräte, Fusspflege bei Diabetikern).

In der Regel haben Sie einen bestimmten, betraglich begrenzten Teil der Pflegekosten selber zu übernehmen, die verbleibenden ungedeckten Pflegekosten decken die Wohnkantone/-gemeinden. Weitere Auskünfte erhalten Sie bei Ihrer Wohngemeinde, der Spitexorganisation oder im Pflegeheim.

Die Beiträge an die Pflegekosten unterliegen wie die übrigen Leistungen der Krankenversicherung der Kostenbeteiligung (s. Seite 13).

Die Kosten für Haushalthilfen (z.B. Kochen, Putzen, Einkaufen) oder den eigentlichen Aufenthalt in Pflegeheimen (d.h. Kost und Logis) übernimmt demgegenüber die Grundversicherung nicht. Hierfür hat grundsätzlich die versicherte Person aufzukommen.

Rentnerinnen und Rentner mit bescheidenen Einkommen können Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beantragen. (Siehe Merkblätter 5.01 und 5.02 der Informationsstelle AHV/IV, erhältlich bei Ihrer Ausgleichskasse oder via Internet: www.ahv-iv.info/andere/00134/00221/index.html?lang=de).

...bei einer notwendigen Behandlung in einem EU/EFTA-Staat:

In EU-/EFTA-Ländern haben Sie mit der europäischen Krankenversicherungskarte, die Sie von Ihrem Krankenversicherer erhalten haben, Anspruch auf alle Sachleistungen, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen. Sie haben Anspruch auf Vergütung der gleichen Leistungen wie die in diesem Land versicherten Personen (Ärzten/Ärztinnen oder Spitälern).

Die Behandlungskosten werden je nach Land entweder durch die entsprechende ausländische Stelle bezahlt und dem schweizerischen Krankenversicherer später in Rechnung gestellt, oder die versicherte Person muss vorübergehend die Kosten übernehmen und kann dann eine Rückvergütung verlangen.

Für weitere Informationen siehe Infoblatt «Krankenversicherungsschutz bei vorübergehendem Aufenthalt (Ferien, Geschäftsreise, Sprachaufenthalt) in einem EU/EFTA-Staat» (erhältlich beim Bundesamt für Gesundheit oder abrufbar unter:

www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00316/03840/index.html?lang=de
Versicherte mit Wohnsitz in einem EU-Land, in Island oder Norwegen finden weitere Informationen in der Broschüre «Die Schweiz verlassen und in einen EU-/EFTA-Staat ziehen» (abrufbar via Internet unter:

www.bsv.admin.ch/soziale_sicherheit/index.html?lang=de).

...bei Notfallbehandlung in einem Staat ausserhalb der EU/EFTA:

Bei Notfallbehandlung in einem Staat ausserhalb der EU/EFTA, beispielsweise im Falle einer Erkrankung während der Ferien, bezahlt die Krankenkasse die Kosten bis zum doppelten Betrag, den die gleiche Behandlung in der Schweiz gekostet hätte. Eine zusätzliche Reiseversicherung kann notwendig sein für bestimmte Länder (z.B. USA, Australien, Asien), dort wo die Gesundheits- und Transportkosten höher liegen. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Versicherer.

...bei Transporten und Rettungen:

- Es kann vorkommen, dass für die Fahrt zu einer Behandlung ein spezielles Transportmittel nötig ist (z.B. Ambulanz, Taxi). An solche Transporte bezahlt die Grundversicherung die Hälfte bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von 500 Franken. Dies gilt auch für Transporte im Ausland.
- An die Rettung von Personen in Lebensgefahr (z.B. nach einem Bergunfall oder bei einem Herzinfarkt) bezahlt die Grundversicherung ebenfalls die Hälfte, jedoch bis maximal 5000 Franken pro Jahr (gilt nur für die Schweiz).

...wenn ich in einem EU-/EFTA-Staat wohne

Wenn Sie in der Schweiz versichert sind und in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, dann haben Sie das Behandlungswahlrecht, d.h. Sie können sich wahlweise in Ihrem Wohnland und in der Schweiz behandeln lassen.

Wichtig: Für alle Beispiele der obigen Liste gilt: Die Behandlungen werden allein von der Grundversicherung bezahlt; eine Zusatzversicherung ist dazu nicht nötig. Die Liste von Leistungen und Leistungserbringern ist jedoch nicht abschliessend. Fragen Sie Ihre Krankenkasse, wenn Sie Fragen zu speziellen, oben nicht aufgeführten Leistungen haben. ■

Welche Kosten muss ich selber tragen?

Die Prämien

Jede Person bezahlt ihre eigene Prämie, eine so genannte «Kopfprämie». Die Prämie ist im Voraus sowie in der Regel monatlich zu bezahlen. Sie ist für einen ganzen Monat geschuldet.

Die Krankenkassen bieten reduzierte Prämien für Kinder und Jugendliche (bis zum vollendeten 18. Altersjahr) und junge Erwachsene (vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr) an. Die Prämien sind unabhängig vom Einkommen einer Person, variieren aber von Kasse zu Kasse und von Kanton zu Kanton bzw. von Land zu Land bei Wohnsitz in einem EU-Staat, in Island oder Norwegen. Innerhalb eines Kantons oder eines EU/EFTA-Staates können die Kassen maximal drei regionale Abstufungen machen. Für alle Versicherten gilt die vom BAG vorgegebene einheitliche Einteilung der kantonalen Prämienregionen.

Personen, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, haben Anspruch auf eine Verbilligung der Krankenversicherungsprämien (vgl. Adressen Seite 19).

Kostenbeteiligung

Ein Teil der Behandlungskosten geht zu Lasten der Versicherten.

Die Kostenbeteiligung setzt sich zusammen aus:

- der ordentlichen **Franchise**. Sie beträgt 300 Franken pro Jahr, wobei Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre keine ordentliche Franchise bezahlen;
- dem **Selbstbehalt** von 10 Prozent des verbleibenden Rechnungsbetrages, jedoch bis zu einem Maximum von 700 Franken pro Jahr (Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre: 350 Franken). Ausnahme (Medikamente): der Selbstbehalt für Arzneimittel, die durch in einem bestimmten Ausmass günstigere Arzneimittel austauschbar sind, beträgt 20 Prozent. Es können Originalpräparate und Generika mit einem erhöhten Selbstbehalt belegt sein. Ihr Arzt/Ihre Ärztin oder Ihr Apotheker/Ihre Apothekerin können Ihnen diesbezüglich nähere Auskunft erteilen.

Die ordentliche Kostenbeteiligung beträgt somit maximal 1000 Franken pro Jahr für Erwachsene und 350 Franken für Kinder und Jugendliche.

Achtung! Dieser Betrag variiert, wenn freiwillig eine höhere Franchise gewählt wurde. ■

Beispiel:

Ihre Behandlungskosten (Arzt, Spital, Medikamente, etc.) in einem Jahr betragen 2000 Franken. Daran bezahlen Sie 300 Franken Franchise sowie 10 Prozent Selbstbehalt an den Rest, also insgesamt 470 Franken (300 Fr. + 10 % von 1700 Fr. = 470 Fr.). Den Rest von 1530 Franken bezahlt die Krankenversicherung.

Mutterschaft

Für Leistungen im Falle einer normalen Schwangerschaft (Leistungsumfang s. Seite 9) wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Für Leistungen im Falle von schwangerschaftsbedingten oder unabhängig von der Schwangerschaft auftretenden Krankheiten gilt jedoch noch bis Ende Februar 2014 die normale Kostenbeteiligung. Ab dem 1. März 2014 beteiligen sich Frauen ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Geburt nicht mehr an den Kosten für allgemeine medizinische Leistungen. Sie müssen sich auch nicht mehr an den Behandlungskosten von unabhängig von der Schwangerschaft auftretenden Krankheiten beteiligen.

Mammographie

Im Weiteren wird bei der Mammographie zwecks Früherkennung von Brustkrebs, die im Rahmen eines kantonalen oder regionalen Programms durchgeführt wird (s. Seite 8), keine Franchise erhoben. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin oder bei der Krankenkasse.

Aufenthalt im Spital

Pro Spitaltag muss ein Spitalbeitrag von 15 Franken bezahlt werden. Keinen Beitrag zu entrichten haben Kinder bis 18 Jahre, junge Erwachsene bis 25 Jahre, die in Ausbildung sind, und Frauen für Leistungen bei Mutterschaft. Der Spitalbeitrag ist betraglich nicht limitiert.

Achtung! Für Leistungen, die in einem EU-Land, in Island oder Norwegen erbracht werden, gilt die dortige Regelung der Kostenbeteiligung. ■

Wie kann ich bei den Prämien sparen?

Vergleichen Sie die Angebote

Sie können ohne Nachteil zu einer Krankenkasse wechseln, die Ihnen mehr entspricht; der Leistungsumfang der Grundversicherung ist derselbe. Unterschiede kann es allenfalls beim «Service» der Kassen geben. Beispielsweise vergüten nicht alle Kassen die Leistungen gleich schnell, oder es gibt Unterschiede bei der Qualität der Beratung. Ausserdem gibt es Kassen, bei welchen Sie die Medikamentenkosten zuerst selber bezahlen müssen. Aber jede Kasse ist verpflichtet, Sie aufzunehmen.

Prämienübersicht

Jedes Jahr im Oktober stellt das BAG allen Interessierten eine Übersicht über die Grundversicherungsprämien pro Kanton, bzw. für die EU-Staaten sowie für Island und Norwegen zur Verfügung. Sie erhalten das Dokument «Prämienübersicht» gratis beim BAG oder via Internet (s. Seite 27).

Kündigungsfristen

- Falls Sie die Grundversicherung mit der obligatorischen Franchise von 300 Franken abgeschlossen haben, können Sie sie mit einer Frist von drei Monaten **immer** auf Ende Juni und Dezember kündigen. Damit die Kündigung gültig ist, muss sie spätestens am 31. März beziehungsweise am 30. September bei der Krankenkasse eingetroffen sein (s. Musterbrief 1, Seite 25).
- Wenn Sie eine Krankenversicherung mit einer höheren Franchise oder mit eingeschränkter Arzt-/ Spitalwahl abgeschlossen haben, können Sie nur auf Ende Jahr kündigen, in der Regel mit einer Frist von drei Monaten, d.h. Ihre Kündigung muss spätestens bis 30. September bei der Krankenkasse eingetroffen sein (s. Musterbrief 1, Seite 25).
- Bei der **Mitteilung einer neuen Prämie** können Sie den Versicherer mit einer **nur einmonatigen Kündigungsfrist auf Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht**, unabhängig davon, ob die neue, vom BAG genehmigte Prämie, erhöht wurde oder ob Sie eine Versicherung mit HMO-, Hausarzt-Modell, Modell mit vorgängiger telefonischer Beratung oder Wahlfranchise abgeschlossen haben. Der Krankenversicherer muss Ihnen die neue Prämie mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen. Er ist ausserdem verpflichtet, Sie bei der Mitteilung der Prämie auf Ihr Kündigungsrecht hinzuweisen (siehe Musterbrief 1, Seite 25).
- Der Wechsel zu einer anderen Franchise oder zu einer anderen Versicherungsform (HMO- oder Hausarztmodell, Modell mit vorgängiger telefonischer Beratung) ist nur auf Anfang Jahr möglich (s. Musterbrief 2, Seite 25).

Beispiel:

Wenn Sie auf den 1. Januar Ihre Grundversicherung bei einem anderen Krankenversicherer abschliessen möchten, können Sie bis zum 30. November Ihre bisherige Krankenversicherung kündigen, unabhängig von einer Prämienhöhung oder davon, ob Sie eine Versicherung mit HMO-, Hausarzt-Modell, Modell mit vorgängiger telefonischer Beratung oder Wahlfranchise abgeschlossen haben. Massgebend ist allein, dass der Krankenversicherer Ihnen die neue, vom BAG genehmigte Prämie bis am 31. Oktober mitgeteilt hat.

Wichtig: Kündigen Sie rechtzeitig (siehe Musterbrief 1, Seite 25)! Ihr Krankenversicherer muss die Kündigung vor Ablauf der Kündigungsfrist erhalten haben. Vervollständigen Sie die einzelnen Schritte bis zum Eintritt beim neuen Versicherer. Der Wechsel wird erst in dem Moment vollzogen, in dem der neue Versicherer dem bisherigen mitteilt, dass es zu keinem Versicherungsunterbruch kommt. Ohne diese Information kann der Wechsel nicht stattfinden. ■

Überprüfen Sie die Zusatzversicherungen

Die Grundversicherung gewährleistet eine qualitativ hoch stehende und umfassende medizinische Versorgung für alle. Vergleichen Sie daher, was Ihnen Zusatzversicherungen bieten im Vergleich zu dem, was die Grundversicherung bereits umfasst.

Wichtig: Kündigen Sie nie eine Zusatzversicherung, ohne sich bei einer anderen Krankenkasse genau über die Aufnahmebedingungen informiert zu haben. Im Bereich der Zusatzversicherungen können Versicherer Personen ablehnen, Prämien nach Alter und Geschlecht festlegen, sowie Vorbehalte aufgrund des Gesundheitszustandes einer Person anbringen. Vergleichen Sie, zu welchen Bedingungen ein neuer Versicherer Ihnen eine Zusatzversicherung anbietet. Achten Sie insbesondere auf den Leistungsumfang. Bei den Zusatzversicherungen kann dieser je nach Kasse unterschiedlich sein.

Kündigungsfrist: Vergleichen Sie unbedingt die Versicherungsbedingungen Ihres Versicherers. Die Kündigungsfrist für die Zusatzversicherung weicht in der Regel von derjenigen der Grundversicherung ab. ■

Wählen Sie eine besondere Versicherungsform

Wenn Sie eine der folgenden besonderen Versicherungsformen wählen, bezahlen Sie eine günstigere Prämie (vgl. Prämienübersicht des BAG, siehe Seite 27).

Einschränkung der Arzt- und Spitalwahl

Sie können Prämien sparen, wenn Sie sich einer sog. HMO-Versicherung (= Health Maintenance Organization) oder einem Hausarzt-Modell anschliessen. Dafür verzichten Sie auf die freie Wahl des Arztes oder der Ärztin sowie des Spitals und lassen sich stattdessen in einem HMO-Zentrum (z.B. ärztliche Gruppenpraxis) behandeln. Beim Hausarzt-Modell verpflichten Sie sich, immer zuerst zu Ihrem Hausarzt zu gehen, der dann entscheidet, ob Sie allenfalls von einer Spezialistin oder einem Spezialisten behandelt werden müssen (Ausnahme bei Notfällen). Beachten Sie hierzu die Versicherungsbedingungen (vgl. Prämienübersicht des BAG/Verzeichnis der zugelassenen Versicherer s. Seite 24).

Die Rabatte beziehen sich auf die Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung. Bei einer Kombination mit einer Wahlfranchise können diese Rabatte allenfalls wegen den Vorschriften betreffend minimaler Prämie (siehe Seite 17) nicht ausgeschöpft werden.

Wahl einer höheren Franchise

Die Krankenkasse gewährt Ihnen eine tiefere Prämie, wenn Sie die Franchise, also den festen Jahresbetrag, mit dem Sie sich an den Kosten beteiligen, auf mehr als die vorgeschriebenen 300 Franken erhöhen. Die Ermässigungen hängen von der Höhe der gewählten Franchise ab. Die Franchise kann nur jeweils auf den 1.1. erhöht werden und dies für mindestens 1 Jahr. Der Rabatt ist abhängig von der Höhe der Franchise, jedoch gesetzlich begrenzt.

Für Erwachsene betragen die Wahlfranchisen 500, 1000, 1500, 2000 und 2500 Franken, für Kinder 100, 200, 300, 400, 500, 600 Franken. Die Kassen müssen nicht alle Wahlfranchisen anbieten. Sie können für Erwachsene und junge Erwachsene (vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr) unterschiedliche Franchisen anbieten.

Prämienrabatte für die Wahlfranchisen:

- Die Kasse muss eine Minimalprämie von 50 Prozent der ordentlichen Prämie mit Unfalldeckung der Altersgruppe und Prämienregion der betroffenen Person erheben. Diese darf nicht unterschritten werden, auch nicht bei einer Versicherung ohne Unfalldeckung oder bei einer Kombination mit einer Versicherung, welche die Wahl des Leistungserbringers einschränkt.
- Zudem darf höchstens ein Rabatt von 70 Prozent des zusätzlich übernommenen Risikos gewährt werden. Der entsprechende Betrag (in Franken) ist in der folgenden Tabelle aufgeführt: erste Zeile: Franchise; zweite Zeile: jährlicher Höchststrabatt. Dieser wird jedoch nur gewährt, wenn die Minimalprämie erreicht wird.

Erwachsene					Kinder					
500	1000	1500	2000	2500	100	200	300	400	500	600
140	490	840	1190	1540	70	140	210	280	350	420

Weitere Versicherungsmodelle

Verschiedene Versicherer bieten weitere Modelle (z.B. Modell mit vorgängiger telefonischer medizinischer Beratung oder kombinierte Versicherungsmodelle) an. Für genauere Informationen empfehlen wir Ihnen, sich an diese Versicherer zu wenden.

Beitritt zu einer Bonus-Versicherung

Die Prämie wird mit jedem Jahr, in dem Sie sich keine Rechnungen vergüten lassen, schrittweise gesenkt. Die Ausgangsprämie ist 10 Prozent höher als die ordentliche Prämie. Die Prämie kann innerhalb von 5 Jahren auf die Hälfte der Ausgangsprämie sinken.

Vorsicht! Die besonderen Versicherungsformen stehen Versicherten mit Wohnsitz in einem EU-Staat, in Island oder Norwegen nicht offen. ■

Schliessen Sie die Unfalldeckung aus,

...wenn Sie mindestens 8 Stunden pro Woche arbeiten und durch Ihren Arbeitgeber gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert sind (vgl. Musterbrief 3, Seite 25).

Sistieren Sie Ihre Krankenversicherung bei länger dauernder Dienstpflicht

Während Diensten, die länger als 60 aufeinanderfolgende Tage dauern (z.B. RS, während des Zivildienstes oder während des Zivilschutzes) kann die Versicherung sistiert werden. Die für den Dienst zuständigen Behörden informieren die dienstleistenden Personen über das Verfahren. Die Militärversicherung deckt während der Dienstzeit die Risiken Krankheit und Unfall ab.

Was kann ich tun bei Problemen?

Verlangen Sie Erklärungen

Die Krankenkassen haben eine gesetzliche Auskunftspflicht und müssen Sie informieren, wenn Sie Fragen oder Unklarheiten haben.

Wenden Sie sich an die Ombudsstelle

...oder eine Beratungsorganisation. Unter Umständen kann Ihnen die Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung oder eine der verschiedenen Beratungsorganisationen weiterhelfen (Adressen Seite 24).

Verlangen Sie eine schriftliche Verfügung

Von Ihrer Krankenkasse können Sie eine schriftliche Verfügung verlangen, in der Sie neben einer Begründung des Entscheides auch Informationen über Ihre Rechtsmittel erhalten (vgl. Musterbrief 4, Seite 25f.).

Erwägen Sie eine Einsprache

Innerhalb von 30 Tagen können Sie formell (mündlich oder besser schriftlich: vgl. Musterbrief 5, Seite 25f.) bei Ihrer Kasse Einsprache erheben gegen deren Verfügung. Die Kasse muss Ihnen darauf einen Einspracheentscheid zustellen, der eine Begründung enthält und Sie über Ihre weiteren Rechtsmittel informiert.

Erwägen Sie eine Beschwerde

Innerhalb von 30 Tagen können Sie beim kantonalen Versicherungsgericht schriftlich Beschwerde einreichen gegen den Einspracheentscheid Ihrer Kasse. Ebenfalls Beschwerde einreichen können Sie, wenn die Krankenkasse es unterlässt, Ihnen die gewünschte Verfügung oder den Einspracheentscheid zuzustellen.

Wichtig: Das Verfahren ist gratis. Beschwerde beim kantonalen Versicherungsgericht können Sie nur einreichen, wenn Sie vorgängig bei der Krankenkasse formell (mündlich oder schriftlich) Einsprache erhoben haben. ■

Zu guter Letzt...

Wenn Sie mit dem Urteil des kantonalen Versicherungsgerichts nicht einverstanden sind, können Sie mit einer weiteren Beschwerde schriftlich innert 30 Tagen an die sozialrechtliche Abteilung des Schweizerischen Bundesgerichtes in Luzern gelangen. Dessen Entscheid ist endgültig und nicht weiter anfechtbar.

Für die Prämienverbilligung zuständige Stellen

1. Kantonale Stellen

Kanton	Adresse	Telefon / Fax / E-Mail / Internet
AG Aargau	Gemeindezweigstelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Aargau in der Wohngemeinde	☎ 062 836 81 81 ☎ 062 836 81 99 @ info@sva-ag.ch 🌐 http://www.sva-ag.ch/
AI Appenzell-Innerrhoden	Gesundheitsamt des Kantons AI Hoferbad 2 9050 Appenzell	☎ 071 788 94 52 ☎ 071 788 94 58 @ info@gsd.ai.ch 🌐 www.ai.ch
AR Appenzell-Ausserrhoden	Ausgleichskasse der Kantons AR Kasernenstrasse 4 Postfach 9102 Herisau 2	☎ 071 354 51 51 ☎ 071 354 51 52 @ info@ahv-iv-ar.ch 🌐 www.ahv-iv-ar.ch
BE Bern	Amt für Sozialversicherungen Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	☎ 0844 80 08 84 ☎ 031 633 77 01 @ info.asv@jgk.be.ch 🌐 www.jgk.be.ch
BL Basel-Landschaft	Sozialversicherungsanstalt Basel-Landschaft Hauptstr. 109 4102 Binningen	☎ 061 425 24 00 ☎ 061 425 24 99 @ pvbl@sva-bl.ch 🌐 www.sva-bl.ch
BS Basel-Stadt	Amt für Sozialbeiträge Grenzacherstrasse 62 Postfach 4005 Basel	☎ 061 267 87 11 ☎ 061 267 86 44 @ asb-pv@bs.ch 🌐 www.asb.bs.ch
FR Freiburg	Ausgleichskasse des Kantons Freiburg Abteilung Prämienverbilligung Postfach Impasse de la Colline 1 1762 Givisiez	☎ 026 305 45 01 ☎ 026 305 52 88 @ ecasfrppi@fr.ch 🌐 www.caisseavsfr.ch
GE Genf	Service de l'assurance-maladie Route de Frontenex 62 1207 Genève	☎ 022 546 19 00 ☎ 022 546 19 19 @ sam@etat.ge.ch 🌐 www.geneve.ch/sam
GL Glarus	Kantonale Steuerverwaltung Abteilung IPV Hauptstrasse 11/17 8750 Glarus	☎ 055 646 61 65 ☎ 055 646 61 98 @ steuerverwaltung@gl.ch 🌐 www.gl.ch
GR Graubünden	Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden Ottostrasse 24 Postfach 7001 Chur	☎ 081 257 41 11 ☎ 081 257 42 22 @ info@sva.gr.ch 🌐 www.sva.gr.ch
JU Jura	Caisse de compensation du canton du Jura Rue Bel-Air 3 Case postale 368 2350 Saignelégier	☎ 032 952 11 09 ☎ 032 952 11 01 @ mail@ccju.ch 🌐 www.caisseavsjura.ch
LU Luzern	Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	☎ 041 375 05 05 ☎ 041 375 05 00 🌐 www.ahvluzern.ch
NE Neuenburg	Office cantonal de l'assurance-maladie Espace de l'Europe 2 Case postale 716 2002 Neuchâtel	☎ 032 889 66 30 ☎ 032 889 60 92 @ Office.AssuranceMaladie@ne.ch 🌐 www.ne.ch

NW Nidwalden	Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 88 Postfach 6371 Stans	☎ 041 618 51 00 ☎ 041 618 51 01 @ info@aknw.ch 🌐 www.aknw.ch
OW Obwalden	Gesundheitsamt St. Antonistrasse 4 Postfach 1243 6061 Sarnen	☎ 041 666 64 58 ☎ 041 666 61 15 @ gesundheitsamt@ow.ch 🌐 www.ow.ch
SG St. Gallen	AHV-Zweigstelle der Gemeinde oder SVA St. Gallen Brauerstrasse 54 9016 St. Gallen	☎ 071 282 61 91 ☎ 071 282 69 12 @ info@svasg.ch 🌐 www.svasg.ch
SH Schaffhausen	Sozialversicherungsamt Schaffhausen Oberstadt 9 8200 Schaffhausen	☎ 052 632 61 11 ☎ 052 632 61 99 @ info@svash.ch 🌐 www.svash.ch
SO Solothurn	Ausgleichskasse des Kantons Solothurn Allmendweg 6 4528 Zuchwil Postadresse: Postfach 116 4501 Solothurn	☎ 032 686 22 09 @ info@akso.ch 🌐 www.akso.ch
SZ Schwyz	Ausgleichskasse Schwyz Abteilung Leistungen (KVG) Postfach 53 6431 Schwyz	☎ 041 819 04 25 ☎ 041 819 05 25 @ ipv@aksz.ch 🌐 www.aksz.ch
TG Thurgau	Krankenkassenkontrollstelle der Wohngemeinde	@ gesundheitsamt@tg.ch 🌐 www.gesundheitsamt.tg.ch
TI Tessin	Ufficio delle prestazioni Servizio sussidi assicurazione malattia Viale Stazione 28a 6500 Bellinzona	☎ 091 821 93 11 ☎ 091 821 92 99 @ sussidi@ias.ti.ch 🌐 www3.ti.ch
UR Uri	Amt für Gesundheit Klausenstrasse 4 6460 Altdorf	☎ 041 875 22 42 ☎ 041 875 21 54 @ praemienverbilligung@ur.ch 🌐 www.ur.ch/praemienverbilligung
VD Waadt	Office vaudois de l'assurance-maladie Ch. De Mornex 40 1014 Lausanne	☎ 021 557 47 47 ☎ 021 557 47 50 @ info.ovam@vd.ch 🌐 www.vd.ch
VS Wallis	Ausgleichskasse des Kantons Wallis Abteilung Subventionen Av. Pratifori 22 1950 Sion	☎ 027 324 91 11 ☎ 027 324 94 63 @ subvention@avs.vs.ch 🌐 www.avs.vs.ch
ZG Zug	Zuständige Gemeindestelle des Wohn- orts	@ info@akzug.ch 🌐 www.akzug.ch
ZH Zürich	Für die Landgemeinden: Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich Röntgenstrasse 17 Postfach 8087 Zürich Für die Stadt Zürich: Städtische Gesundheitsdienste Walchestrasse 31 Postfach 8021 Zürich	☎ 044 448 50 00 ☎ 044 448 55 55 @ info@svazurich.ch 🌐 www.svazurich.ch ☎ 044 412 25 90 ☎ 044 412 23 93 @ sgd@zuerich.ch 🌐 www.stadt-zuerich.ch

2. Gemeinsame Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung ist zuständig für die Prämienverbilligung der Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, und ihren in der Schweiz versicherten Familienangehörigen (Art. 66a KVG).

Institution	Adresse	Telefon / Fax / E-Mail / Internet
Gemeinsame Einrichtung KVG	Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	☎ 032 625 30 30 ☎ 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🌐 www.kvg.org

Kantonale Stellen für Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht

Kanton	Adresse	Telefon / Fax / E-Mail / Internet
AG Aargau	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	☎ 032 625 30 30 ☎ 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🌐 www.kvg.org
AI Appenzell- Innerrhoden	Gesundheitsamt des Kantons AI Hoferbad 2 9050 Appenzell	☎ 071 788 94 52 ☎ 071 788 94 58 @ info@gsd.ai.ch 🌐 www.ai.ch
AR Appenzell- Ausserrhoden	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	☎ 032 625 30 30 ☎ 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🌐 www.kvg.org
BE Bern	Amt für Sozialversicherungen Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	☎ 0844 80 08 84 ☎ 031 633 77 01 @ info.asv@jgk.be.ch 🌐 www.jgk.be.ch
BL Basel-Landschaft	Volkswirtschafts- und Gesundheits- direktion Bahnhofstrasse 5 4410 Liestal	☎ 061 552 59 09 ☎ 061 552 69 92 @ krankenversicherung@bl.ch 🌐 www.baselland.ch
BS Basel-Stadt	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	☎ 032 625 30 30 ☎ 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🌐 www.kvg.org
FR Freiburg	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenzgänger/in)	
GE Genf	Service de l'assurance-maladie Route de Frontenex 62 1207 Genève	☎ 022 546 19 00 ☎ 022 546 19 19 @ sam@etat.ge.ch 🌐 www.ge.ch/assurances/maladie
GL Glarus	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	☎ 032 625 30 30 ☎ 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🌐 www.kvg.org
GR Graubünden	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenzgänger/in)	
JU Jura	Caisse de compensation du Canton du Jura Rue Bel-Air 3 Case postale 368 2350 Saignelégier	☎ 032 952 11 11 ☎ 032 952 11 01 @ mail@ccju.ch 🌐 www.caisseavsjura.ch
LU Luzern	Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	☎ 041 375 05 05 ☎ 041 375 05 00 🌐 www.ahvluzern.ch
NE Neuenburg	Office cantonal de l'assurance maladie Case postale 716 Espace de l'Europe 2 2002 Neuchâtel	☎ 032 889 66 30 ☎ 032 889 60 92 @ Office.AssuranceMaladie@ne.ch 🌐 www.ne.ch
NW Nidwalden	Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 88 Postfach 6371 Stans	☎ 041 618 51 00 ☎ 041 618 51 01 @ info@aknw.ch 🌐 www.aknw.ch

OW Obwalden	Gesundheitsamt St. Antonistrasse 4 Postfach 1243 6061 Sarnen	☎ 041 666 64 58 ☎ 041 666 61 15 @ gesundheitsamt@ow.ch 🌐 www.ow.ch
SG St. Gallen	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenzgänger/in)	
SH Schaffhausen	Sozialversicherungsamt Schaffhausen Oberstadt 9 8200 Schaffhausen	☎ 052 632 61 11 ☎ 052 632 61 99 @ info@svash.ch 🌐 www.svash.ch
SO Solothurn	Amt für soziale Sicherheit Ambassadorsenhof 4509 Solothurn	☎ 032 627 23 11 ☎ 032 627 76 81 @ aso@ddi.so.ch 🌐 www.aso.so.ch
SZ Schwyz	Ausgleichskasse Schwyz Abteilung Leistungen (KVG) Postfach 53 6431 Schwyz	☎ 041 819 04 25 ☎ 041 819 05 25 @ info@aksz.ch 🌐 www.aksz.ch
TG Thurgau	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenzgänger/in) Gesundheitsamt des Kantons Thurgau Zürcherstrasse 194a 8510 Frauenfeld	 ☎ 052 724 22 73 ☎ 052 724 28 10 @ gesundheitsamt@tg.ch 🌐 www.gesundheitsamt.tg.ch
TI Tessin	Ufficio dei contributi Settore obbligo assicurativo Via Ghiringhelli 15a 6501 Bellinzona	☎ 091 821 91 11 ☎ 091 821 92 99 @ obbligo@ias.ti.ch 🌐 www3.ti.ch
UR Uri	Amt für Gesundheit Klausenstrasse 4 6460 Altdorf	☎ 041 875 21 51 ☎ 041 875 21 54 @ ds.gsud@ur.ch 🌐 www.ur.ch
VD Waadt	Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) Ch. de Mornex 40 1014 Lausanne	☎ 021 557 47 47 ☎ 021 557 47 50 @ info.ovam@vd.ch 🌐 www.vd.ch/ovam
VS Wallis	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenzgänger/in)	
ZG Zug	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenzgänger/in)	
ZH Zürich	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich Prämienverbilligung / Versicherungs- obligatorium Stampfenbachstrasse 30 8090 Zürich	☎ 043 259 24 38 ☎ 043 259 52 10 @ kvg@gd.zh.ch 🌐 www.gd.zh.ch

Verzeichnis der Krankenversicherer

Ein Adressverzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer finden Sie in der aktuellen Prämienübersicht des Bundesamtes für Gesundheit (s. Seite 27) und im Internet unter:

www.priminfo.ch (Rubrik: „Zahlen und Fakten“)

Verzeichnis HMO-Standorte / Einzugsgebiete Hausarztnetze

Ein Verzeichnis HMO-Standorte bzw. Einzugsgebiete Hausarztnetze finden Sie in der aktuellen Prämienübersicht des Bundesamtes für Gesundheit (s. Seite 27).

Weitere Adressen

- **Ombudsman Krankenversicherung**, Morgartenstrasse 9, Postfach, 3565, 6002 Luzern 2. Tel. Mo-Fr 9-11.30 Uhr: 041 226 10 10 (d), 041 226 10 11 (f) und 041 226 10 12 (i), Fax 041 226 10 13 (Beratung und Vermittlung in Streitfällen; keine allgemeine Versicherungsberatung).
Internet: www.ombudsman-kv.ch
- **SPO Patientenschutz**, Häringstrasse 20, 8001 Zürich. Hotline für Nichtmitglieder: Tel. 0900 567 047 (d), 0900 567 048 (f) (Fr. 2.90/Min.), Mo-Fr 9-16.00 Uhr. Fax 044 252 54 43. Internet: www.spo.ch/
- **Stiftung für Konsumentenschutz** (SKS), Monbijoustrasse 61, Postfach, 3000 Bern 23. Beratungshotline für Nichtgönner/innen: Tel. 0900 900 440 (Fr. 2.90/Min) Mo 12 – 15 Uhr, Di - Do 9 - 12 Uhr. Fax 031 372 00 27, Internet: www.konsumentenschutz.ch
- **Konsumentenforum Schweiz** (kf), Belpstrasse 11, 3007 Bern, Beratungshotline: 0848 383 383 (Normaltarif) Mo-Fr, 9 – 11.30 Uhr, 13.30 – 16.00 Uhr Fax 031 380 50 31, Internet: www.konsum.ch
- **Dachverband Schweizerischer Patientenstellen**, Hofwiesenstrasse 3, 8057 Zürich, Tel. 044 361 92 56, Fax 044 350 10 41,
Internet: www.patientenstelle.ch

Musterbriefe

<p>Maria Muster Spitalweg 6 3000 Bern Versichertennummer: 12.3456789.0</p> <p>Einschreiben</p> <p>Krankenkasse Sanissima Postfach 3000 Bern</p> <p>Bern, 15. Oktober [Jahr]</p> <p>Betrifft: Obligatorische Krankenpflegeversicherung: Wechsel des Versicherers</p> <p>Sehr geehrte Damen und Herren</p> <p>Hiermit kündige ich meine obligatorische Krankenpflegeversicherung per 31.12. [Jahr] und werde ab dann bei einem anderen Krankenversicherer nach KVG versichert sein.</p> <p>Mit freundlichen Grüssen</p> <p>M. Muster</p> <p>Beilagen:</p>	<p>◀ Ihr Vorname + Name</p> <p>◀ Ihre Adresse</p> <p>◀ Ihre Versichertennummer (gemäss Versicherungsausweis)</p> <p>◀ Name/ Adresse Ihrer Krankenkasse</p> <p>◀ Wahlweise Text 1 bis 5 einfügen</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wahlweise Text 1 bis 5, je nach Situation:

- 1 **Obligatorische Krankenpflegeversicherung: Wechsel des Versicherers**
Hiermit kündige ich meine obligatorische Krankenpflegeversicherung per [Datum] und werde ab dann bei einem anderen Krankenversicherer nach KVG versichert sein.
- 2 **Obligatorische Krankenpflegeversicherung: Änderung der Franchise**
Ich bitte Sie zur Kenntnis zu nehmen, dass ich per 1. Januar [Jahr] meine Franchise in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf Fr. [Betrag] festsetzen möchte.
- 3 **Gesuch um Sistierung der Unfalldeckung** (gem. Art. 8 KVG)
Ich möchte Sie bitten, die Unfalldeckung in meiner obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu sistieren. Eine Bestätigung meines Arbeitgebers, dass ich gemäss UVG gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert bin, habe ich Ihnen beigelegt.
Beilage: Bestätigung des Arbeitgebers

4 Erlass einer schriftlichen Verfügung

Im Zusammenhang mit Ihrer Stellungnahme vom [Datum] möchte ich Sie bitten, mir diese gemäss Art. 51 Abs. 2 ATSG in Form einer schriftlichen Verfügung zukommen zu lassen.

Beilage: Kopie Ihres Entscheides [nicht zwingend nötig].

5 Einsprache

Hiermit erhebe ich im Sinne von Art. 52 Abs. 1 ATSG Einsprache gegen Ihre schriftliche Verfügung vom [Datum]. Begründung: [Ihre Argumente aufführen]

Beilagen:

– Kopie Ihrer Verfügung [nicht zwingend nötig]

– falls vorhanden: Belege zur Stützung der Argumente

Weitere Informationen

Prämienübersicht

Das BAG erstellt jedes Jahr im Oktober für das Folgejahr eine Übersicht mit den Prämien aller Krankenkassen pro Kanton, bzw. für die EU-Staaten sowie für Island und Norwegen. Sie erhalten die Prämienübersicht gratis, indem Sie eine an Sie adressierte Selbstklebeetikette (bitte kein Couvert!) an folgende Adresse schicken:

Bundesamt für Gesundheit
Prämien-Service
3003 Bern

Die Prämienübersicht ist via Internet abrufbar unter:
www.priminfo.ch

Krankenversicherungsgesetz

Der Text des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und der dazugehörenden Verordnungen kann via Internet abgerufen werden:
www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/02875/index.html?lang=de
oder beim BBL bestellt werden (Bestellnummer 832.10.D):
BBL, Vertrieb Bundespublikationen, 3003 Bern, Fax 031 325 50 58, Internet
www.bundespublikationen.admin.ch/de

«Spezialitätenliste» inkl. Generikalliste sowie Arzneimittelliste mit Tarif

Die Listen der Medikamente, die Pflichtleistungen für die Krankenkassen sind «Spezialitätenliste» inkl. Generikalliste und die „Arzneimittelliste mit Tarif“, sind via Internet abrufbar www.sl.bag.admin.ch resp.
www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/06493/index.html?lang=de
oder können beim BBL bestellt werden (Bestellnummer 316.930.11 resp. 316.925):
BBL, Vertrieb Bundespublikationen, 3003 Bern, Fax 031 325 50 58, Internet
www.bundespublikationen.admin.ch/de

Mittel- und Gegenständelliste («MiGeL»)

Die Mittel- und Gegenständelliste («MiGeL») ist via Internet abrufbar
www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04184/index.html?lang=de
oder kann beim BBL bestellt werden (Bestellnummer 316.940.D):
BBL, Vertrieb Bundespublikationen, 3003 Bern, Fax 031 325 50 58, Internet
www.bundespublikationen.admin.ch/de

Index/ Stichwortverzeichnis

- Arzt 7, 8, 9, 10, 13, 16**
- Ausland 5, 11**
- Badekur 10**
- Beschwerde 18**
- Bonus-Versicherung 17**
- Brille 9**
- Chiropraktor 9**
- Diabetes 7**
- Einsprache 18, 26**
- Ergotherapie 7**
- Ernährungsberatung 7**
- EU/EFTA 5, 11, 13**
- Franchise 13, 14, 15, 17, 25**
- Geburt 6, 9**
- Geburtsvorbereitung 9**
- Generika 8, 27**
- Grundversicherung 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16**
- Hausarzt-Modell (HAM) 16, 24**
- Hilfsmittel und Apparate 10**
- HMO 16, 24**
- Impfung 8**
- Kontaktlinsen 9**
- Kostenbeteiligung 9, 13**
- Krankenversicherungsgesetz / KVG 27**
- Kündigungsfrist 15**
- Logopädie 7**
- Mammographie 8, 14**
- Medikamente 8**
- Mittel- und Gegenständeliste 10, 27**
- Mutterschaft 9, 13**
- Nachkontrolle 9**
- Neugeborene 9**
- Notfallbehandlung 11**
- Pflegeheim 7, 10, 11**
- Physiotherapie 7, 9, 10**
- Prämie 13, 15, 16, 27; Prämienrabatt 17; Prämienübersicht 15, 27; Prämienverbilligung 13, 19**
- Prävention 8, 9**
- Psychotherapie 7**
- Rettung 11**
- Selbstbehalt 13**
- Spezialitätenliste 8, 27**
- Spital 7, 9, 13, 14**
- Spitex 7, 10**
- Stillberatung 9**
- Transport 11**
- Unfall 10**
- Unfalldeckung 17, 25**
- Versicherungspflicht 5, 6, 22**
- Zahnbehandlung 10**
- Zusatzversicherung 7, 12, 16**