

Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt

Sie fragen – wir antworten



**Bundesamt
für Gesundheit**



Inhalt

| | |
|--|----|
| Versicherungsschutz: Muss ich mich versichern? | 5 |
| Leistungen: Was bezahlt mir die Krankenkasse? | 7 |
| Prämien und Kostenbeteiligung | 14 |
| Sparmöglichkeiten | 16 |
| Was tun bei Problemen? | 19 |
| Adressen | 20 |
| Musterbriefe | 23 |
| Weitere Informationen | 25 |
| Stichworte / Index | 26 |

Impressum:

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit

Bezugsquelle: BBL/Vertrieb Bundespublikationen, 3003 Bern, Bestellnummer: 316.950 d

Internet: www.bag.admin.ch/kv/beratung/d/index.htm

BAG-Publikationsnummer: BAG KUV 8.04 600 d 200 f 100 i60EXT04004

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 2004). Massgebend sind die geltenden gesetzlichen Bestimmungen. In Einzelfällen geben die Versicherer (Krankenkassen) Auskunft.

Begriffe

«Krankenkasse»: Versicherer, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) anbieten. 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 Naturheiler und -heilerinnen, 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 EG/EFTA-Staatsangehörige/-r in der Schweiz erwerbstätig sind und in einem EG-Mitgliedstaat, in Island oder Norwegen wohnen. Dies gilt auch für Ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen.
- wenn Sie als Schweizer/Schweizerin oder EG/EFTA-Staatsangehörige/-r ausschliesslich eine Rente aus der Schweiz beziehen und in einem EG-Mitgliedstaat, in Island oder Norwegen wohnen. Dies gilt auch für Ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen.

Rechtzeitig anmelden! Die Krankenversicherung vergütet Ihnen rückwirkend bis zum Versicherungsbeginn allfällige Auslagen, wenn Sie sich oder Ihr Neugeborenes rechtzeitig, d.h. innert drei Monaten anmelden. Falls Sie die Frist von drei Monaten seit Ihrer Einreise oder der Geburt Ihres Kindes nicht einhalten, bezahlen Sie einen Zuschlag, und bereits entstandene Auslagen werden von der Versicherung nicht vergütet. ■

Nein, in bestimmten Ausnahmefällen besteht keine Versicherungspflicht.

Sie müssen sich nicht versichern

- als Versicherte/-r in einem EG-Staat, in Island oder Norwegen (s. Broschüre «Soziale Sicherheit in der Schweiz, Informationen für Staatsangehörige der Schweiz oder der EG in der Schweiz», abrufbar via Internet unter: www.soziale-sicherheit-ch-eu.ch/index, Rubrik Service).
- als Mitglied diplomatischer oder konsularischer Missionen sowie als Angestellte/-r von internationalen Organisationen, mit Ihrer Familie, sofern sie sich nicht freiwillig in der Schweiz versichern.

Wann gilt die Versicherung auch im Ausland?

- bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt im Notfall
- bei Personen, die in der Schweiz versichert sind und in einem EG/EFTA-Staat wohnen (s. Broschüre «Soziale Sicherheit in der Schweiz und der EG, Informationen für Staatsangehörige der Schweiz oder der EG in einem EG-Staat», abrufbar via Internet unter: www.soziale-sicherheit-ch-eu.ch/index , Rubrik Service).
- Bei Angestellten und ihren nichterwerbstätigen Familienangehörigen, wenn sie von ihrem Arbeitgeber befristet ins Ausland entsandt werden (s. Seite 12)
- bei Personen, die sich zu Studienzwecken oder sonst für längere Zeit im Ausland aufhalten. Wenden Sie sich an Ihren Wohnkanton (s. Adressen Seite 21).

Wo kann ich mich versichern?

Die obligatorische Krankenversicherung kann bei jeder Niederlassung einer der rund 90 Krankenkassen abgeschlossen werden. Der Abschluss einer Krankenversicherung bei Wohnsitz in einem EG-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 21).

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 (z.B. Frischzellentherapie, Heileurythmie) oder nur unter bestimmten Bedingungen bezahlt.

...in der Komplementärmedizin:

- die **Akupunktur**;
- die **anthroposophische Medizin** (diese Medizin inspiriert sich an der Philosophie von Rudolf Steiner, so z.B. die Iscador-Therapie, die bei der Krebsbehandlung eingesetzt wird);
- die **chinesische Medizin** (gemeint ist die traditionelle chinesische Medizin);
- die **Homöopathie** (Medizin, die sich am Prinzip der Gleichheit orientiert, und zwar mit Medikamenten – in winzigen Dosen – die bei gesunden Menschen genau die Symptome hervorrufen würden, die geheilt werden sollten);
- die **Neuraltherapie** (Schmerzbehandlung mit einer speziellen Injektionstechnik);
- die **Phytotherapie** (Behandlung mit Pflanzen, die auf Kenntnissen der pflanzlichen Wirkstoffe beruht).

Komplementärmedizinische Behandlungen (wie oben erwähnt) werden von der Krankenversicherung grundsätzlich übernommen, wenn sie von einem Arzt oder einer Ärztin vorgenommen werden, deren Spezialausbildung von der FMH anerkannt ist (Verzeichnis via Internet abrufbar unter: www.fmh.ch, Rubrik «Zertifikate»). Ausser bei der Akupunktur gilt die Leistungspflicht erst einmal während einer Evaluationsphase bis 30.6.2005.

Die zur Behandlung eingesetzten Medikamente werden vergütet, wenn sie in der «Spezialitätenliste» aufgeführt sind (s. Seite 25). (Dies ist beispielsweise nicht bei allen in der traditionellen chinesischen Medizin eingesetzten Medikamenten der Fall.)

...im Spital:

Die Grundversicherung bezahlt die Behandlung und den Aufenthalt in der **allgemeinen Abteilung** eines Spitals, das auf der Spitalliste Ihres Wohnkantons aufgeführt ist. 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.

Spitalwahl: Die **Spitalliste** erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse oder bei der Gesundheitsdirektion Ihres Wohnkantons. Wenn Sie sich ausserhalb Ihres Wohnkantons behandeln lassen **müssen**, beispielsweise bei Notfällen oder für Spezialbehandlungen, werden die Kosten ebenfalls übernommen, sofern das Spital auf einer der beiden kantonalen Spitallisten aufgeführt ist. Wenn Sie sich aus freien Stücken in einem Spital ausserhalb Ihres Wohnkantons behandeln lassen **wollen**, sollten Sie sich zuvor bei Ihrer Krankenkasse informieren, welche Kosten von der Grundversicherung übernommen werden. ■

...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 25). Kassenpflichtig sind zur Zeit rund 2500 Medikamente, wobei die Liste ständig dem medizinischen Fortschritt angepasst wird. Seit dem 1. Januar 2001 können Apothekerinnen und Apotheker an Stelle der Originalpräparate Generika abgeben, sofern die Ärztinnen und Ärzte nicht ausdrücklich Originalmedikamente verschreiben. Generika sind qualitativ gleichwertige «Kopien», die deutlich billiger sind als Originalpräparate; sie enthalten dieselben Wirkstoffe (s. Seite 25).

...bei Massnahmen zur Prävention:

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

- **Impfungen** und deren Wiederholungen (Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Röteln, Masern, Mumps, Kinderlähmung) für Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre.
Impfungen gegen Grippe werden bei Personen bezahlt, die älter sind als 65 Jahre oder die an schweren Erkrankungen leiden, so dass eine Grippeerkrankung gravierende Folgen haben könnte. Nicht bezahlt werden spezielle Reiseimpfungen und prophylaktische reisemedizinische Leistungen, zum Beispiel die Gelbfieberimpfung oder die Malariaprophylaxe .
- 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. Die Untersuchung muss im Rahmen eines kantonalen oder regionalen Programms vorgenommen werden, das bestimmte Auflagen der Qualitätssicherung erfüllt. Solche Programme gibt es derzeit erst in den Kantonen Genf, Waadt und Wallis (nähere Auskünfte erteilt der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin).

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 10. und 12., 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 ausgebildetem Krankenpflegepersonal 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.

...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 innerhalb von drei Monaten verschrieben werden. 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:

Die obligatorische Krankenversicherung bezahlt an Brillengläser und Kontaktlinsen 200 Franken pro Jahr für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre (jeweils gegen ärztliches Rezept); ab dem 19. Altersjahr 200 Franken alle 5 Jahre, wobei beim ersten Mal ein augenärztliches Rezept verlangt wird, danach können die Optiker/-innen den Sehtest vornehmen.

| Alter | Leistung | Voraussetzung |
|------------------------|--------------------|--|
| Bis zum 18. Altersjahr | 200.- pro Jahr | Jeweils mit ärztlichem Rezept |
| Ab dem 19. Altersjahr | 200.- alle 5 Jahre | Erste Verordnung vom Arzt, danach Verordnung durch Optiker |

Bei sehr starken Sehfehlern oder beim Vorliegen von bestimmten Erkrankungen bezahlt die Grundversicherung – unabhängig vom Alter der versicherten Person – nur in Spezialfällen 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 14).

...an Hilfsmittel und Apparate:

Die Kosten für Hilfsmittel und Apparate wie Stützverbände, Inhalationsapparate oder Prothesen usw., die auf der Mittel- und Gegenständeliste stehen («MiGeL», siehe Seite 25), übernimmt die Krankenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen.

...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 mehr als 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, übernimmt die Grundversicherung die Kosten für pflegerische Leistungen, sofern diese Leistungen von einem Arzt oder einer Ärztin angeordnet wurden (z.B. Spritzen verabreichen, Verband wechseln). 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.avs-ai.ch).

...bei einer Notfallbehandlung in einem EG/EFTA-Staat:

Wer sich vorübergehend in einem EG/EFTA-Land aufhält, z.B. während der Ferien, kann Leistungen der Krankenversicherung des Aufenthaltslandes beziehen, wenn der Gesundheitszustand dies notwendig macht. Für diesen Fall muss vor der Abreise bei der Krankenkasse das Formular E111 angefordert und im EG/EFTA-Land dem Leistungserbringer (Arzt) bzw. der dortigen aushelfenden Krankenkasse vorgelegt werden.

Die erkrankte Person wird von den Ärzten und Spitälern im Aufenthaltsland wie eine dort versicherte Person behandelt.

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 Ferien in einem EG/EFTA-Staat» (erhältlich beim Bundesamt für Gesundheit oder abrufbar via Internet unter: www.bag.admin.ch/kv/beratung/d/index.htm).

Versicherte mit Wohnsitz in einem EG-Land, in Island oder Norwegen finden weitere Informationen in der Broschüre «Soziale Sicherheit in der Schweiz, Informationen für Staatsangehörige der Schweiz oder der EG in der Schweiz» (abrufbar via Internet unter: www.soziale-sicherheit-ch-eu.ch/index, Rubrik Service).

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

Bei Notfallbehandlung in einem Staat ausserhalb der EG/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), 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). 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).

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 Krankenkassen bieten reduzierte Prämien für Kinder und Jugendliche (0 bis 18 Jahre) und junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre) 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 EG-Staat, in Island oder Norwegen. Innerhalb eines Kantons oder eines EG/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 20).

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).

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 wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Für Leistungen im Falle von schwangerschaftsbedingten oder unabhängig von der Schwangerschaft auftretenden Krankheiten gilt jedoch gemäss Rechtsprechung des Eidg. Versicherungsgerichts die normale Kostenbeteiligung.

Mammographie

Im weiteren wird bei der Mammographie zwecks Früherkennung von Brustkrebs, die im Rahmen eines kantonalen oder regionalen Programms durchgeführt wird (s. Seite 9), keine Franchise erhoben. Erkundigen Sie sich beim Arzt oder bei der Krankenkasse.

Aufenthalt im Spital

Personen, die nicht mit einem anderen Familienmitglied in einem Haushalt leben, bezahlen zudem 10 Franken pro Tag bei einem Aufenthalt im Spital.

Achtung! Für Leistungen, die in einem EG-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 in jedem Fall 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. Aber jede Kasse ist verpflichtet, Sie aufzunehmen.

Achtung! Einige Krankenversicherer erheben auf ihren Zusatzversicherungen einen Administrationskostenzuschlag, falls die Grundversicherung von einem anderen Versicherer übernommen wird (erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse). Dieser Zuschlag darf jedoch höchstens 50 Prozent der entsprechenden Bruttoprämie betragen. ■

Prämienübersicht

Jedes Jahr im Oktober stellt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) allen Interessierten eine Übersicht über die Grundversicherungsprämien pro Kanton, bzw. für die EG-Staaten sowie für Island und Norwegen zur Verfügung. Sie erhalten das Dokument «Prämienübersicht» gratis beim BAG oder via Internet (s. Seite 25).

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 23).
- 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 23).
- 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 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 23).
- Der Wechsel zu einer anderen Franchise oder zu einer anderen Versicherungsform ist nur auf Anfang Jahr möglich (s. Musterbrief 2, Seite 23).

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 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 23)! 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 die Versicherungsbedingungen ■

Wählen Sie eine besondere Versicherungsform

Wenn Sie eine der folgenden besonderen Versicherungsformen wählen, bezahlen Sie eine günstigere Prämie. (vgl. Prämienübersicht des BAG, siehe Seite 25).

Einschränkung der Arzt- und Spitalwahl

Bis zu 20 Prozent kann sparen, wer sich einer sog. HMO-Versicherung (= Health Maintenance Organization) oder einem Hausarzt-Modell anschliesst. 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 25).

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.

| Wahlfranchise | | | | |
|------------------|---------------|--------------------|-----------------|------------------------|
| | Wahlfranchise | max. Rabatt bisher | max. Rabatt neu | max. Rabatt in Fr. neu |
| Kinder bis 18 J. | 150.- | 15% | 21% | 120.- |
| | 300.- | 30% | 37% | 240.- |
| | 375.- | 40% | 43% | 300.- |
| Erwachsene | 400.- | 8% | 3% | 80.- |
| | 600.- | 15% | 9% | 240.- |
| | 1200 | 30% | 24% | 720.- |
| | 1500.- | 40% | 30% | 960.- |

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. Innerhalb von 5 Jahren kann sie anschliessend auf 45 Prozent der Ausgangsprämie sinken. Die Bonus-Versicherung wird für mindestens 5 Jahren abgeschlossen.

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

Schliessen Sie die Unfaldeckung aus,

...wenn Sie mehr als 8 Stunden pro Woche arbeiten und durch Ihren Arbeitgeber gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert sind (vgl. Musterbrief 3, Seite 23).

Verlangen Sie eine Rückerstattung der Prämien während des Militärdienstes

Während Diensten, die länger als 60 aufeinanderfolgende Tage dauern (z.B. RS, während des Zivildienstes oder während des Zivilschutzes) kann die Versicherung suspendiert werden. Die Militärversicherung deckt während der Dienstzeit alle Risiken ab. Ihre Prämien werden Ihnen zurückerstattet, wenn Sie dem Versicherer eine Fotokopie des EO Fragebogens oder der eingetragenen Tage im Dienstbüchlein zustellen (vgl. Musterbrief 4, Seite 23).

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 22).

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 5, Seite 23f.). Der Entscheid muss Ihnen innert 30 Tagen zugestellt werden.

Erwägen Sie eine Einsprache

Innerhalb von 30 Tagen können Sie formell (mündlich oder besser schriftlich: vgl. Musterbrief 6, Seite 23f.) 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 und innert 30 Tagen ans Eidg. Versicherungsgericht in Luzern gelangen. Dessen Entscheid ist endgültig und nicht weiter anfechtbar.

Kantonale Stellen zur Prämienverbilligung

AG

Gemeindezweigstelle der
Sozialversicherungsanstalt des
Kantons Aargau
in der Wohngemeinde

AI

Gesundheitsamt des Kantons AI
Marktgasse 10 d
9050 Appenzell

AR

Ausgleichskasse des Kantons AR
Kasernenstrasse 4
9100 Herisau

BE

Amt für Sozialversicherung und
Stiftungsaufsicht ASVS
des Kantons Bern
Forelstrasse 1
3072 Ostermundigen

BL

Sozialversicherungsanstalt
des Kantons Basel-Landschaft
Ausgleichskasse
Hauptstrasse 109
4102 Binningen

BS

Amt für Sozialbeiträge
Grenzacherstrasse 62
Postfach 611
4021 Basel

FR

Ausgleichskasse des Kantons
Freiburg
1, impasse de la Colline
1762 Givisiez

GE

Service de l'assurance-maladie
Case postale 6255
1211 Genève 6

GL

Ausgleichskasse des Kantons
Glarus
Zwinglistr. 6
8750 Glarus

GR

Sozialversicherungsanstalt
des Kantons Graubünden
AHV-Ausgleichskasse
Ottostrasse 24, PF
7001 Chur

JU

Caisse de compensation
du canton du Jura
Rue Bel-Air 3
2350 Saignelégier

LU

Ausgleichskasse Luzern
Postfach
6000 Luzern 15

NE

Service de l'assurance-maladie
Faubourg de l'Hôpital 3
2001 Neuchâtel

NW

Ausgleichskasse Nidwalden
Postfach
6371 Stans

OW

Kantonale Steuerverwaltung
St. Antonistrasse 4
6061 Sarnen

SG

AHV-Zweigstelle der Gemeinden
Sozialversicherungsanstalt des
Kantons St. Gallen
Brauerstrasse 54
9016 St. Gallen

SH

Wohnsitzgemeinde bzw.
Gemeinde des Aufenthaltsortes
bzw.
Kantonales
Sozialversicherungsamt
Oberstadt 9
8200 Schaffhausen (für
Grenzgänger/in)

SO

Ausgleichskasse des Kantons
Solothurn
Postfach 116
4501 Solothurn

SZ

Ausgleichskasse Schwyz
Abteilung übertragene Aufgaben
Postfach 53
6431 Schwyz

TG

Wohnsitzgemeinde bzw.
Gemeinde des Aufenthalts- bzw.
Arbeitsortes (Grenzgänger/in)

TI

Uff. cantonale dell'assicurazione
malattia
Via Ghiringhelli 15a
6501 Bellinzona

UR

Amt für Gesundheit
Klausenstrasse 4
6460 Altdorf

VD

Organe cantonal de contrôle de
l'assurance-maladie et accidents
Case postale 288
1001 Lausanne

VS

Ausgleichskasse des Kantons
Wallis
Pratifori 22
1951 Sitten

ZG

Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde
des Aufenthalts- bzw.
Arbeitsortes (Grenzgänger/in)

ZH

Für die Stadt Zürich:
Städtische Gesundheitsdienste
Walchestrasse 31
Postfach
8035 Zürich

Für die Landgemeinden:
SVA Zürich
Prämienverbilligung
Postfach
8087 Zürich

Kantonale Stellen für Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht

AG

Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau
Spitalabteilung
Bachstrasse 15
5004 Aarau

AI

Kanton Appenzell-Innerrhoden
Justiz-, Polizei- und
Militärdepartement
Verwaltungspolizei
Marktgasse 2
9050 Appenzell

AR

Ausgleichskasse des Kantons AR
Kasernenstrasse 17
Postfach 1047
9102 Herisau 2

BE

Amt für Sozialversicherung
und Stiftungsaufsicht ASVS
des Kantons Bern
Forelstrasse 1
3072 Ostermundigen

BL

Volkswirtschafts- und
Sanitätsdirektion des Kantons BL
Bahnhofstrasse 5,
Postfach
4410 Liestal

BS

Amt für Sozialbeiträge Basel-Stadt
Obligatoriumskontrolle
Grenzacherstrasse 62
Postfach 611
4021 Basel

FR

Wohnsitzgemeinde bzw.
Gemeinde des Aufenthalts- bzw.
Arbeitsortes (Grenzgänger/in)

GE

Service de l'assurance-maladie
Case postale 6255
1211 Genève 6

GL

Sanitätsdirektion des Kantons
Glarus
Postgasse 29
8750 Glarus

GR

Wohnsitzgemeinde bzw.
Gemeinde des Aufenthalts- bzw.
Arbeitsortes (Grenzgänger/in)

JU

Caisse de compensation
du canton du Jura
Rue Bel-Air 3
Case postale
2350 Saignelégier

LU

Ausgleichskasse Luzern
Postfach
6000 Luzern 15

NE

Service cantonal de l'assurance-
maladie
Faubourg de l'Hôpital 3
Case postale 1344
2001 Neuchâtel

NW

Ausgleichskasse Nidwalden
Stansstaderstrasse 54
6371 Stans

OW

Gesundheits- und
Sozialdepartement
Gesundheitsamt
Postfach 1261
6061 Sarnen

SG

Wohnsitzgemeinde bzw.
Gemeinde des Aufenthalts- bzw.
Arbeitsortes (Grenzgänger/in)

SH

Kantonales
Sozialversicherungsamt
Rechtsdienst
Oberstadt 9
8200 Schaffhausen

SO

Amt für Gemeinden und
Soziale Sicherheit
Abt. Krankenversicherung
Wengistrasse 17
4509 Solothurn

SZ

Ausgleichskasse Schwyz
Abteilung übertragene Aufgaben
Rubiswilstrasse 8
6438 Ibach

TG

Wohnsitzgemeinde bzw.
Gemeinde des Aufenthalts- bzw.
Arbeitsortes (Grenzgänger/in)

TI

Ufficio cantonale
dell'assicurazione malattia
Via Ghiringhelli 15a
6501 Bellinzona

UR

Gesundheitsdirektion des
Kantons Uri
Klausenstrasse 4
6460 Altdorf

VD

Organe cantonal de contrôle de
l'assurance-maladie et accidents
(OCC)
Case postale 288
1001 Lausanne

VS

Wohnsitzgemeinde bzw.
Gemeinde des Aufenthalts- bzw.
Arbeitsortes (Grenzgänger/in)

ZG

Wohnsitzgemeinde bzw.
Gemeinde des Aufenthalts- bzw.
Arbeitsortes (Grenzgänger/in)

ZH

Für die Stadt Zürich:
Städtische Gesundheitsdienste
Walchestrasse 31
Postfach
8035 Zürich

Für die Landgemeinden:

Gesundheitsdirektion des
Kantons Zürich
Abteilung Krankenversicherung
Obstgartenstrasse 21
8090 Zürich

Verzeichnis der Krankenversicherer

Ein Adressverzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer finden Sie in der aktuellen Prämienübersicht des Bundesamtes für Gesundheit (s. Seite 25).

Verzeichnis HMO-Standorte / Hausarztnetze

Ein Verzeichnis HMO-Standorte bzw. der Hausarztnetze finden Sie in der aktuellen Prämienübersicht des Bundesamtes für Gesundheit (s. Seite 25).

Weitere Adressen

- **Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung**, Morgartenstr. 9, 6003 Luzern. 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
- **Schweizerische Patientenorganisation** (SPO), Zähringerstr. 32, 8025 Zürich. Hotline für Nichtmitglieder: Tel. 0900 567 047 (Fr. 2.13/Min.), Mo-Fr 9-15 Uhr. Fax 01 252 54 43. Internet: www.spo.ch
- **Stiftung für Konsumentenschutz** (SKS), Monbijoustr. 61, Postfach, 3000 Bern 23. Beratungshotline für Nichtgönner/innen: Tel. 0900 900 440 (Fr. 2.10/Min) Di und Do 10 - 16 Uhr. Fax 031 372 00 27, Internet : www.konsumentenschutz.ch
- **Konsumentenforum Schweiz** (KF), Grossmannstr. 29, 8049 Zürich, Tel. 01 251 57 70 Mo-Fr, 9 - 11 Uhr, Fax 01 251 57 87, Internet: www.konsum.ch
- **Dachverband Schweizerischer Patientenstellen**, Postfach, 8042 Zürich, Tel. 01 361 92 56, Fax 01 361 94 34, 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 2003</p> <p>Betrifft: Obligatorische Krankenpflegeversicherung: Wechsel des Versicherers</p> <p>Sehr geehrte Damen und Herren</p> <p>Hiermit kündige ich meine obligatorische Krankenpflegeversicherung per 31.12.2003 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 6 einfügen</p> |
|--|---|

Wahlweise Text 1 bis 6, 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 Unfaldeckung** (gem. Art. 8 KVG)
Ich möchte Sie bitten, die Unfaldeckung 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 **Gesuch für eine Rückerstattung der Prämien während des Militärdienstes**

Ich ersuche Sie um Rückerstattung der Krankenkassen Prämien für die Zeit des Militärdienstes (oder Zivildienst) den ich geleistet habe. In der Beilage erhalten Sie die offizielle Bestätigung für den Militärdienst.

Beilage: Bestätigung [Fotokopie des EO Fragenbogens oder Eintrag im Dienstbüchlein].

5 **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].

6 **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 EG-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
«Prämienübersicht»
Effingerstr. 20
3003 Bern

Die Prämienübersicht ist via Internet abrufbar unter:
www.bag.admin.ch/kv/beratung/d/praem01.htm

Krankenversicherungsgesetz

Der Text des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und der dazugehörigen Verordnungen kann via Internet abgerufen werden:

www.bag.admin.ch/kv/gesetze/d/index/htm oder beim BBL bestellt werden (Bestellnummer 832.10.d):

BBL, Vertrieb Bundespublikationen, 3003 Bern, Fax 031 325 50 09, Internet www.bbl.admin.ch/bundespublikationen.

«Spezialitätenliste» und Generikaliste

Die Liste der Medikamente, die Pflichtleistungen für die Krankenkassen sind («Spezialitätenliste» sowie die Generikaliste) sind via Internet abrufbar (www.bag.admin.ch/kv/gesetze/d/index.htm) oder können beim BBL bestellt werden (Bestellnummer 318.930d):

BBL, Vertrieb Bundespublikationen, 3003 Bern, Fax 031 325 50 09, Internet www.bbl.admin.ch/bundespublikationen.

Eine Übersicht über die Preise von Originalpräparaten und von Generika finden Sie auch unter

www.pro-generika.ch oder unter www.krankenversicherer.ch.

Mittel- und Gegenständeliste («MiGeL»)

Die Mittel- und Gegenständeliste («MiGeL») ist via Internet abrufbar (www.bag.admin.ch/kv/gesetze/d/index.htm) oder kann beim BBL bestellt werden (Bestellnummer 318.940d):

BBL, Vertrieb Bundespublikationen, 3003 Bern, Fax 031 325 50 09, Internet www.bbl.admin.ch/bundespublikationen.

Index/ Stichwortverzeichnis

- Akupunktur 7
- anthroposophische Medizin 7
- Arzt 7–12, 15
- Ausland 6, 12, 14
- Badekur 11
- Beschwerde 19
- Bonus-Versicherung 18
- Brille 10, 11
- chinesische Medizin 7
- Chiropraktor 10
- Diabetes 7
- EG/EFTA 5, 6, 12, 14
- Einsprache 19, 24
- Ergotherapie 7
- Ernährungsberatung 7
- Franchise 14–17, 23
- Geburt 5, 10
- Geburtsvorbereitung 10
- Generika 8, 25
- Grundversicherung 4, 7–13
- Hausarzt-Modell (HAM) 17, 22
- Hilfsmittel und Apparate 11
- HMO 17, 19
- Homöopathie 7
- Impfung 8
- Komplementärmedizin 7
- Kontaktlinsen 10, 11
- Kostenbeteiligung 11, 14, 15
- Krankenversicherungsgesetz / KVG 25
- Kündigungsfrist 16, 17
- Logopädie 7
- Mammographie 9, 15
- Medikamente 7, 8
- Militärdienst 18, 24
- Mittel- und Gegenständeliste 11, 25
- Mutterschaft 10, 14
- Nachkontrolle 10
- Neugeborene 10
- Neuraltherapie 7
- Notfallbehandlung 12
- Pflegeheim 7, 11, 12
- Physiotherapie 7, 10, 11
- Phytotherapie 7
- Prämie 4, 14, 16, 17, 18, 25;
Prämienrabatt 17, 18;
Prämienrückerstattung 18, 24;
Prämienübersicht 16, 25;
Prämienverbilligung 14, 20
- Prävention 8, 9
- Psychotherapie 7
- Rettung 13
- Selbstbehalt 14
- Spezialitätenliste 7, 8, 25
- Spital 8, 10, 15, 17
- Spitex 7, 11
- Stillberatung 10
- Transport 13
- Unfall 11
- Unfalldeckung 18, 23
- Versicherungspflicht 5, 6, 21
- Zahnbehandlung 11
- Zusatzversicherung 4, 8, 13, 17