



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG

Prämienberatung

Möchten Sie sich zum Thema Krankenversicherung informieren? Sie haben die Möglichkeit, sich Ihre Informationen nach Wahl selbst zusammenzustellen. Das Bundesamt für Gesundheit bietet verschiedene Unterlagen und neutrale weiterführende Informationen an.

Herausgeber:

Bundesamt für Gesundheit, Kranken- und Unfallversicherung, CH-3003 Bern, Telefon +41 (0)58 462 21 11, anfragen-aufsicht@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und italienischer Sprache.

September 2024, Prämienberatung



Prämienberatung

1. Wo finde ich Informationen zur Krankenversicherung?

- ▶ Das **Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)** regelt die soziale Krankenversicherung in der Schweiz. Diese umfasst die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) und eine freiwillige Taggeldversicherung. Das Gesetz und die dazugehörigen Verordnungen sind unter www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-versicherungen/gesetzgebung-krankenversicherung.html abrufbar oder können bestellt werden beim Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Vertrieb Bundespublikationen, 3003 Bern, www.bundespublikationen.admin.ch; Bestellnummer 832.10.D.
- ▶ Das **Bundesamt für Gesundheit (BAG)** ist ein Amt des Eidgenössischen Departements des Innern und beaufsichtigt die Krankenversicherer, die das KVG vollziehen. Es bietet Ihnen folgende Informationen zur Krankenversicherung:
 - ▶ Aktuelle Prämien unter www.priminfo.ch oder Prämienübersicht auf Papier: Enthält die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Kantonen, Franchisen, allfälligen HMO-/Hausarztmodell-Angeboten sowie weiteren Versicherungsmodellen aller Versicherer. Über priminfo@bag.admin.ch oder beim BAG, Kranken- und Unfallversicherung, Prämienservice, 3003 Bern, Tel. 058 464 88 01 (Montag und Dienstag Vormittag, Mittwoch und Donnerstag Nachmittag), kostenlos zu bestellen.
 - ▶ Ratgeber "Die obligatorische Krankenversicherung" mit Musterbriefen. Über priminfo@bag.admin.ch oder bei: BBL/Vertrieb Bundespublikationen, 3003 Bern, www.bundespublikationen.admin.ch, Bestellnummer 316.950.D, kostenlos zu bestellen.
 - ▶ Auf www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html finden Sie allgemeine Informationen zur Krankenversicherung.
- ▶ Bei den zuständigen **kantonalen Stellen** erhalten Sie Informationen, ob Sie Anspruch auf eine **Verbilligung der Grundversicherungsprämie** haben. Die Adressen finden Sie unter: www.priminfo.ch (Rubrik Versicherungen, Prämienverbilligung) oder im Ratgeber "Die obligatorische Krankenversicherung".
- ▶ Die Krankenversicherer sind von Gesetzes wegen verpflichtet, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären.



Prämienberatung

2. Wie bin ich mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) versichert?

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung gewährleistet eine umfassende medizinische Grundversorgung für alle. Der Leistungsumfang umfasst namentlich:

- ▶ die ambulante Behandlung durch ÄrztInnen und ChiropraktorInnen sowie ärztlich verordnete Leistungen durch bestimmte Gesundheitsfachpersonen (PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, Pflegefachpersonen, LogopädInnen, ErnährungsberaterInnen, NeuropsychologInnen, PodologInnen, psychologische PsychotherapeutInnen);
- ▶ die von ÄrztInnen und unter bestimmten Voraussetzungen von ChiropraktorInnen verordneten Medikamente, wenn sie in der Spezialitätenliste oder der Arzneimittelliste mit Tarif aufgeführt sind: www.spezialitaetenliste.ch / www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungstarife/Arzneimittel.html;
- ▶ die von ÄrztInnen und unter bestimmten Voraussetzungen von ChiropraktorInnen verordneten Analysen, die in der Analysenliste enthalten sind: www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungstarife/Analysenliste.html;
- ▶ die Behandlung und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung der Spitäler, welche auf der Spitalliste des Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind. In Spitälern, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt sind, wird die Vergütung durch Versicherer und Wohnkanton höchstens in der Höhe übernommen, wie sie für die betreffende Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons gilt, ausser die Behandlung im ausserkantonalen Spital erfolgt aus medizinischen Gründen oder in Notfällen;
- ▶ einen Beitrag an Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, welche aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs auf ärztliche Anordnung zu Hause (Spitex) und in Pflegeheimen erbracht werden;
- ▶ Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;

- ▶ die Kosten einer Geburt sowie die Geburtshilfe durch ÄrztInnen oder Hebammen. Zudem werden 8 Kontrollen, davon 7 während und 1 nach der Schwangerschaft (inklusive 2 Ultraschalluntersuchungen) und ein Teil der Kosten von Stillberatungen und Geburtsvorbereitungskursen übernommen. Ebenso die Betreuung durch eine Hebamme in Form von Hausbesuchen in den ersten 56 Tagen nach der Geburt. Bei Bedarf können zusätzliche Besuche nach dem 56. Tag übernommen werden, sofern sie ärztlich verordnet sind.
- ▶ bestimmte Präventionsmassnahmen (z.B. verschiedene Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Mammographie);
- ▶ die Zahnbehandlung, wenn eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems vorliegt sowie im Zusammenhang mit einer bestimmten schweren Allgemeinerkrankung, wenn sie zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlung notwendig ist;
- ▶ die Kosten von ärztlich verordneten Mitteln und Gegenständen wie Bandagen, Stützverbänden, Inhalations- und Atemtherapiegeräten, Inkontinenzhilfen etc., die in der Mittel- und Gegenstände-liste (MiGeL) aufgeführt sind, werden bis zu einem bestimmten Höchstbetrag vergütet:
www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Mittel-und-Gegenstaendeliste.html;
- ▶ einen Beitrag an die Kosten von ärztlich verordneten Brillengläsern und Kontaktlinsen, die infolge einer Krankheit wie beispielsweise krankheitsbedingte Refraktionsänderungen, Anpassungen nach Operationen oder Hornhauterkrankungen notwendig sind;
- ▶ einen Beitrag von Fr. 180.-- pro Jahr an die Kosten von ärztlich verordneten Brillengläsern und Kontaktlinsen für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr;
- ▶ einen Beitrag von 50 % bis zu einem Maximalbetrag von Fr. 500.-- im Kalenderjahr an die Kosten von medizinisch indizierten Transporten sowie von 50 % bis zu einem Maximalbetrag von Fr. 5000.-- im Kalenderjahr an die Kosten von Rettungen in der Schweiz;
- ▶ einen Beitrag von Fr. 10.- pro Tag während 21 Tagen im Kalenderjahr an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren in anerkannten Heilbädern;
- ▶ die psychotherapeutische Behandlung durch PsychiaterInnen oder durch psychologische PsychotherapeutInnen auf ärztliche Anordnung in einem bestimmten Rahmen und unter bestimmten Voraussetzungen;
- ▶ die komplementärmedizinischen Behandlungen der Akupunktur, der Anthroposophischen Medizin, der Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin, der Ärztlichen Klassischen Homöopathie und der Phytotherapie, wenn sie von einem Arzt oder einer Ärztin mit einer anerkannten Weiterbildung in der entsprechenden Disziplin erbracht werden;
- ▶ die Notfallbehandlungen im Ausland (ausser EU-/EFTA-Länder und Vereinigtes Königreich [UK]). Der Versicherer übernimmt höchstens den doppelten Betrag der Kosten, die er vergüten würde, wenn die Behandlung in der Schweiz stattgefunden hätte. Im Fall von stationären Behandlungen bedeutet dies, dass er höchstens 90 % der Kosten übernimmt, die diese Hospitalisation in der Schweiz kosten würde (Grund: bei Spitalbehandlungen in der Schweiz übernehmen die Kantone einen Anteil von mindestens 55 % der Kosten, was bei Hospitalisationen im Ausland nicht der Fall ist). Während eines vorübergehenden Aufenthaltes in EU-/ EFTA-Ländern oder UK besteht gegen Vorweisung der europäischen Krankenversicherungskarte Anspruch auf alle Sachleistungen, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen. Es werden die gleichen Leistungen wie für die im Aufenthaltsstaat versicherten Personen übernommen.
www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/versicherungspflicht/touristinnen-ausland-weltreisende.html;
- ▶ die Behandlung bei Unfällen im gleichen Rahmen wie im Falle einer Krankheit, soweit für Unfälle keine andere Versicherung aufkommt (namentlich obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG).



Prämienberatung

3. Sparen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung)?

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung haben Sie zahlreiche Möglichkeiten, Prämien zu sparen. Wir erklären Ihnen im Folgenden, wie dies funktioniert. Vorlagen zur Unterstützung des Briefverkehrs mit Ihrer Krankenversicherung sind dieser Dokumentation angeheftet.

▶ Sparen mit der Wahlfranchise?

Die Versicherten haben sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen zu beteiligen. Diese Kostenbeteiligung besteht einerseits aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) und andererseits aus 10 % der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

Die ordentliche **Franchise** beträgt für Erwachsene ab 18 Jahren 300 Franken pro Jahr (Kinder 0 Franken). Die Versicherten können eine höhere Franchise wählen und zahlen dafür tiefere Prämien.

Die Kassen können folgende Franchisenstufen anbieten:

Erwachsene (ab 18 Jahren): 500, 1000, 1500, 2000, 2500 Franken

Kinder: 100, 200, 300, 400, 500, 600 Franken

Achtung: Sie zahlen weniger Prämien, aber Sie müssen bis zur gewählten Franchisenhöhe selbst für bezogene Leistungen aufkommen. Wenn Sie eine höhere Franchise wählen, sollten Sie sicherstellen, dass Sie über den betreffenden Geldbetrag verfügen können. Lassen Sie sich auch nicht dazu verleiten, den Arzt/die Ärztin nicht oder zu spät aufzusuchen, nur um Prämien bzw. Kosten zu sparen.

Der **Selbstbehalt** beträgt 10 % der die Franchise übersteigenden Kosten, ausgenommen für die Originalpräparate, die durch Generika austauschbar sind (40 %). Ihr Arzt bzw. Ihre Ärztin oder Ihre Apotheke gibt Ihnen diesbezüglich Auskunft. Grundsätzlich beläuft sich der Selbstbehalt maximal auf 700 Franken pro Jahr (Kinder 350 Franken).

Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so beträgt die Kostenbeteiligung höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person. Bei wählbaren Franchisen darf die Beteiligung das Zweifache des Höchstbetrages je Kind (wählbare Franchise und Selbstbehalt) nicht übersteigen.

Der **Spitalbeitrag** beträgt 15 Franken pro Spitaltag (seit dem 1. Januar 2022 ohne Austrittstag). Keinen Beitrag zu entrichten haben Kinder bis 18 Jahre, junge Erwachsene bis 25 Jahre, die in Ausbildung sind, und Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.

▶ Sparen dank Einschränkung der Arzt- und Spitalwahl?

▶ **Mit HMO**

Bei einer HMO handelt es sich um eine Organisation von ÄrztInnen, die sich in einer Gruppenpraxis (HMO = Health Maintenance Organization) organisieren. Bei diesem Modell suchen Sie immer zuerst Ihre Ärztin oder Ihren Arzt in der HMO-Praxis auf. Falls nötig, werden Sie von dort an SpezialistInnen (wo vorhanden innerhalb der HMO-Praxis, ansonsten ausserhalb) weiter verwiesen. Im HMO-Zentrum sind neben AllgemeinpraktikerInnen teilweise auch FachärztInnen sowie TherapeutInnen diverser Fachrichtungen tätig.

Hinweis: Ihren Frauenarzt oder Ihre Frauenärztin resp. Ihren Augenarzt oder Ihre Augenärztin dürfen Sie in der Regel weiterhin direkt aufsuchen.

▶ **Mit dem Hausarztmodell:**

Ein Hausarztnetzwerk ist ein regionaler Zusammenschluss von frei praktizierenden AllgemeinpraktikerInnen. Als Versicherte/-r können Sie einen dieser Ärzte als Hausarzt oder Hausärztin wählen und verzichten damit auf die freie Arztwahl.

Sie verpflichten sich, immer zuerst Ihren Hausarzt oder Ihre Hausärztin zu konsultieren. Diese/r ist erste/r Ansprechpartner/in und Koordinator/in für alle medizinischen Belange (ausser in Notfällen) und entscheidet, ob sie/er die Behandlung selbst durchführen kann oder ob der Zuzug eines Spezialarztes oder einer Spezialärztin nötig ist.

Hinweis: Ihren Frauenarzt oder Ihre Frauenärztin resp. Ihren Augenarzt oder Ihre Augenärztin dürfen Sie in der Regel weiterhin direkt aufsuchen.

▶ **Mit vorgängiger telefonischer Beratung:**

Neben den Modellen mit eingeschränkter Arztwahl (HMO oder Hausarzt) bieten verschiedene Versicherer Modelle an, welche vor jedem Arztbesuch eine telefonische medizinische Beratung vorsehen. Diese Einschränkung erlaubt Ihnen ebenfalls, Prämien zu sparen. Erkundigen Sie sich bei den Versicherern, welche solche Modelle anbieten. Weitere Informationen finden Sie unter www.priminfo.ch.

▶ Sparen mit dem Bonus-Modell?

Die Prämie wird mit jedem Jahr, in dem Sie sich keine Rechnungen vergüten lassen, gesenkt.

Achtung: Die Ausgangsprämie ist 10 % höher als die ordentliche Prämie und die Franchise kann nicht erhöht werden. Die Prämie kann aber innerhalb von 5 Jahren auf 55 % der Ausgangsprämie sinken. Schliessen Sie eine solche Versicherung nur ab, wenn Sie selten bis nie in ärztlicher Behandlung sind. Lassen Sie sich jedoch nicht dazu verleiten, den Arzt/die Ärztin nicht oder zu spät aufzusuchen, nur um Kosten zu sparen.

▶ Sparen bei Erwerbstätigkeit?

Prämiensparen dank Ausschluss der Unfalldeckung

Wenn Sie acht oder mehr Stunden pro Woche erwerbstätig sind und durch Ihren Arbeitgeber gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert sind, sollten Sie die Unfalldeckung in Ihrer Krankenversicherung ausschliessen. Dazu müssen Sie Ihrem Versicherer eine Bestätigung Ihres Arbeitgebers zustellen, dass Sie gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert sind. Sie zahlen dann ab dem auf Ihren Brief folgenden Monat weniger Krankenversicherungsprämien.



Prämienberatung

4. Brauche ich freiwillige Zusatzversicherungen?

Freiwillige Zusatzversicherungen decken Leistungen ab, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht versichert (Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung siehe Ziffer 2.). Jeder Versicherer legt in seinen Versicherungsbedingungen fest, welche Leistungen er in seinen Zusatzversicherungen anbietet. Es handelt sich namentlich um

- ▶ freie Spitalwahl ganze Schweiz (für die Abdeckung allfälliger Kostendifferenzen bei der Behandlung in einem Spital, das nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist, ohne dass medizinische Gründe vorliegen)
- ▶ freie Arztwahl im Spital, eine Zusatzversicherung ist oft auch für die Behandlung durch einen Belegarzt oder eine Belegärztin in einem Privatspital erforderlich
- ▶ zusätzlichen Komfort (z.B. Ein- oder Zweibettzimmer im Spital)
- ▶ alternative Behandlungsmethoden, sofern diese nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt sind und Behandlung durch nicht-ärztliche TherapeutInnen
- ▶ psychotherapeutische Behandlungen bei nicht-ärztlichen TherapeutInnen
- ▶ Zahnbehandlungen wie beispielsweise Zahnfüllungen bei Karies, Korrektur von Zahnstellungen
- ▶ Beiträge an Nichtpflichtmedikamente
- ▶ zusätzliche Beiträge an Brillen und Kontaktlinsen und Beiträge an weitere Hilfsmittel
- ▶ Beiträge an Haushalthilfen
- ▶ zusätzliche Leistungen an Badekuren und Beiträge an Erholungskuren
- ▶ zusätzliche Beiträge an Transport- und Rettungskosten im In- und Ausland
- ▶ Reiseversicherung: eine zusätzliche Reiseversicherung kann notwendig sein, insbesondere für teure Länder wie die USA

Beachten Sie auch, dass manchmal verschiedene Zusatzversicherungen die gleichen Leistungen abdecken.

▶ Soll ich eine Zusatzversicherung kündigen?

Sind Sie überzeugt, dass Sie eine Zusatzversicherung nicht benötigen, können Sie diese kündigen (Vorgehen siehe Ziffer 5). Eine Briefvorlage zur Kündigung der Versicherung ist dieser Dokumentation angeheftet.

Beachten Sie, dass eine gekündigte Zusatzversicherung ab einem gewissen Alter (55-65 Jahre) und/oder bei schlechtem Gesundheitszustand nicht mehr oder bloss mit Vorbehalten abgeschlossen werden kann.



Prämienberatung

5. Wie kann ich meinen Versicherer wechseln?

Möglicherweise bietet Ihr Krankenversicherer das Versicherungsmodell, für welches Sie sich interessieren, nicht an. Oder Sie sind mit dem gebotenen Service oder den verlangten Prämien nicht zufrieden. Dann können Sie den Krankenversicherer wechseln. Vorlagen zur Unterstützung des Briefverkehrs mit Ihrer Versicherung sind dieser Dokumentation angeheftet.

So gehen Sie vor:

▶ Erster Schritt: Informieren Sie sich

Der Leistungsumfang in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist bei allen Krankenversicherern gleich.

Achtung: Bei den Zusatzversicherungen gibt es teilweise erhebliche Unterschiede bei Leistungen und Kosten.

Eine Zusammenstellung der Prämien finden Sie in der Prämienübersicht des Bundes unter www.priminfo.ch.

Vergleichen Sie gleiche Angebote miteinander. Berücksichtigen Sie, dass die Krankenversicherer nach Bekanntgabe der neuen Prämien einen hohen Arbeitsanfall bewältigen müssen und nicht so einfach erreichbar sind.

▶ Zweiter Schritt: Melden Sie sich beim neuen Krankenversicherer an

Sie können sich beim Krankenversicherer anmelden, ohne vorgängig eine Offerte einzuholen.

a) **Für die obligatorische Krankenpflegeversicherung:** Jeder Krankenversicherer, der in Ihrer Wohnregion aktiv ist, muss Sie für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ohne Einschränkung aufnehmen (Versicherungspflicht).

b) **Für die Zusatzversicherung:** Bei den freiwilligen Zusatzversicherungen besteht von Seiten der Versicherer keine Versicherungspflicht. Es ist dem Versicherer überlassen, ob er Sie in die Versicherung aufnimmt oder nicht.

Achtung: Beim Antragsformular für die obligatorische Krankenpflegeversicherung müssen Sie nur Angaben zu Name, Adresse und Jahrgang machen. Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand müssen Sie bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht beantworten.

Anders bei den Zusatzversicherungen: Hier müssen Sie detailliert über Ihren Gesundheitszustand Auskunft geben. Verschweigen Sie etwas, kann man Ihnen später Leistungen verwehren.

▶ Dritter Schritt: Kündigen Sie Ihre bisherige Krankenversicherung!

a) **Obligatorische Krankenpflegeversicherung:** Kündigen Sie Ihre bisherige Krankenversicherung schriftlich. Wir empfehlen Ihnen, dies mit einem eingeschriebenen Schreiben zu tun.

Achtung: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung kann gekündigt werden, bevor eine Aufnahmebestätigung des neuen Versicherers vorliegt. Sie können auch kündigen, wenn Sie in einer Behandlung stehen oder fortgeschrittenen Alters sind.

b) **Zusatzversicherung:** Kündigen Sie Ihre Zusatzversicherungen erst dann, wenn Sie vom neuen Versicherer eine schriftliche Aufnahmebestätigung haben, sonst können Sie bestehende Deckungen endgültig verlieren. Bei den Zusatzversicherungen können die Versicherer die Aufnahme verweigern (insbesondere bei älteren Personen) oder Vorbehalte aufgrund des Gesundheitszustandes einer Person anbringen.

Achtung: Sie brauchen Ihre Zusatzversicherung nicht zu kündigen, nur weil Sie die obligatorische Krankenpflegeversicherung wechseln.

Achtung: Kündigungsfristen

Wenn Sie auf den 1. Januar Ihre obligatorische Krankenpflegeversicherung bei einem anderen Krankenversicherer abschliessen möchten, können Sie bis zum 30. November Ihre bisherige Krankenversicherung kündigen, unabhängig von einer Prämienhöhung oder ob Sie eine Versicherung mit HMO-, Hausarztmodell oder Wahlfranchise abgeschlossen haben.

Kündigen Sie rechtzeitig, Ihr Schreiben muss spätestens am 30. November (oder am letzten Werktag davor, wenn der letzte Tag der Kündigungsfrist auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag fällt) bei Ihrem Krankenversicherer eingetroffen sein.

Wenn Sie eine obligatorische Krankenpflegeversicherung ohne Wahlfranchise bzw. HMO-/Hausarztmodell oder weitere Versicherungsmodelle abgeschlossen haben, können Sie auch per 30. Juni kündigen. Ihre Kündigung muss spätestens am 31. März bei Ihrem Krankenversicherer eingetroffen sein.

Nicht der Poststempel der Kündigung ist massgebend, sondern das Datum, an welchem der Krankenversicherer die Kündigung erhält. Die Kündigungsfrist ist eingehalten, wenn die Kündigung am letzten Tag der gesetzlichen Frist (30. November oder dem letzten Werktag davor, wenn der 30. November auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag fällt) beim Versicherer zur gewöhnlichen Geschäftszeit eingetroffen ist. Eine ins Postfach gelegte eingeschriebene Sendung gilt in jenem Zeitpunkt als zugestellt, in welchem sie auf der Post abgeholt wird. Es wird empfohlen, die Kündigung spätestens bis Mitte November eingeschrieben zu senden, damit Sie einen Beweis für Ihre rechtzeitige Kündigung in der Hand haben.

▶ **Wann kann ich meine Zusatzversicherungen kündigen?**

Die Kündigungsfristen für die Zusatzversicherungen sind verschieden. Gewisse Zusatzversicherungen haben eine mehrjährige Mindestlaufzeit und eine Kündigungsfrist von sechs Monaten. Vergleichen Sie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Zusatzversicherungen!

▶ **Kann ich für Grund- und Zusatzversicherung unterschiedliche Versicherer haben?**

Ja, wenn Sie Ihre obligatorische Krankenpflegeversicherung kündigen und die Zusatzversicherungen beim bisherigen Versicherer lassen, darf Ihnen dieser nicht kündigen.

Achtung: Möglicherweise erhebt Ihr Zusatzversicherer bei der Trennung von Grund- und Zusatzversicherung einen Zuschlag für administrative Kosten auf der Zusatzversicherungsprämie. Klären Sie dies vorher ab.

Wenn Grund- und Zusatzversicherung bei unterschiedlichen Versicherern abgeschlossen sind, kann die Rechnungsvergütung mehr Zeit beanspruchen. In gewissen Fällen müssen Sie beiden Versicherern Ihre Rechnungen über bezogene Leistungen zustellen. Möglicherweise vergütet die Zusatzversicherung die Leistungen erst, nachdem die Abrechnung über die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vorliegt.



Prämienberatung

6. Verantwortung übernehmen bei den eigenen Gesundheitskosten?

Als Versicherte oder Versicherter können Sie sich kostenbewusst verhalten:

▶ **Achten Sie auf eine ausgewogene Ernährung und Bewegung!**

Ernährung und Bewegung sind neben andern Faktoren des persönlichen Lebensstils ein zentraler Bestandteil für unsere Gesundheit und haben damit Auswirkungen auf unsere Gesundheitskosten. Das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) setzt sich für Prävention in der Bevölkerung im Rahmen einer ausgewogenen Ernährung und Bewegung ein. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.blv.admin.ch.

▶ **Ist ein Arztbesuch nötig?**

In gewissen Fällen kann Ihnen Ihr Apotheker oder Ihre Apothekerin weiterhelfen. Aufgrund der Beratung wird er/sie Ihnen eine angemessene Behandlung empfehlen.

Auch Beratungszentren können Sie telefonisch oder schriftlich beraten. Einzelne Versicherer bieten ihren Versicherten unentgeltlich Zugang zu solchen Zentren.

Haben Sie mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin eine Nachkontrolle vereinbart, sind aber in der Zwischenzeit ohne Beschwerden, können Sie dies telefonisch mitteilen. Ihr Arzt oder Ihre Ärztin wird das weitere Vorgehen mit Ihnen absprechen.

▶ **Ist der Besuch beim Spezialarzt oder der Spezialärztin nötig?**

Viele gesundheitliche Probleme lassen sich mit Ihrem Hausarzt oder Ihrer Hausärztin klären. Falls der Beizug eines Spezialisten oder einer Spezialistin nötig ist, wird Sie Ihr Hausarzt oder Ihre Hausärztin entsprechend weiter verweisen.

▶ **Gibt es für das verschriebene Medikament ein Generikum?**

Von vielen Medikamenten, deren Patent abgelaufen ist, gibt es ein so genanntes Generikum. Dessen Wirkstoff entspricht demjenigen des Originalmedikamentes. Das Generikum kostet aber deutlich weniger als das Originalmedikament. In Ihrer Apotheke oder bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin werden Sie gerne beraten.

▶ **Ist eine Operation nötig?**

Vor grösseren Eingriffen kann es sinnvoll sein, eine so genannte Zweitmeinung eines anderen Arztes oder einer anderen Ärztin einzuholen.

Achtung: Wenn Sie ein HMO- oder ein Hausarztmodell gewählt haben, können Sie eine Zweitmeinung nicht ohne weiteres einholen. Erkundigen Sie sich in diesem Fall vorgängig bei Ihrem Versicherer.

Tragen Sie Ihren Absender ein:

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

Tragen Sie die Adresse der gewählten
Krankenversicherung ein:

EINSCHREIBEN

Name der Krankenversicherung

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Ort, Datum

Anmeldung für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit melde ich mich bei Ihrer Krankenversicherung für die Grundversicherung
ab 1. Januar 2025 an. Ich wünsche folgende Versicherungsdeckung:

Wählen Sie einen Betrag aus:
Erwachsene 300/500/1000/
1500/2000/2500
Kinder 0/100/200/300/
400/500/600

Benötigen Sie die
Unfalldeckung?
Antworten Sie mit ja
oder nein.

Falls gewünscht,
wählen Sie ein
Versicherungsmodell
aus: HMO, Hausarzt,
telefonische med.
Beratung, Bonus
Weiteres
Versicherungsmodell

Name, Vorname	Geburtsdatum	Franchise	Unfalldeckung	Versicherungsmodell

Bitte teilen Sie meiner bisherigen Krankenversicherung mit, dass ich ab 01.01.2025 bei Ihnen versichert bin.
(Kopie der Police liegt bei). Besten Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname, Name

Unterschrift

Tragen Sie Ihren Absender ein:

Versicherten-Nr.

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

Tragen Sie die Adresse Ihrer Krankenversicherung ein:

EINSCHREIBEN

Name der Krankenversicherung

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Ort, Datum

Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung)

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige ich meine Grundversicherung per 31. Dezember 2024. Ich werde ab 1.1.2025 bei einem anderen Krankenversicherer nach KVG versichert sein.

Besten Dank für die Ausführung des Auftrages. Bitte stellen Sie mir eine entsprechende schriftliche Bestätigung zu.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname, Name

Unterschrift

Tragen Sie Ihren Absender ein:

Versicherten-Nr.

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

Tragen Sie die Adresse Ihrer Krankenversicherung ein:

EINSCHREIBEN

Name der Krankenversicherung

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Ort, Datum

Änderung Franchise

Sehr geehrte Damen und Herren

Bitte passen Sie meine Franchise für die Grundversicherung ab 1. Januar 2025 wie folgt an:

Bitte füllen Sie den betreffenden Betrag ein:

Erwachsene 300 / 500 / 1 000 / 1 500 / 2 000 / 2 500 Franken

Kinder 0 / 100 / 200 / 300 / 400 / 500 / 600 Franken

Name, Vorname	Franchise bisher	Franchise neu

Besten Dank für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname, Name

Unterschrift

Tragen Sie Ihren Absender ein:

Versicherten-Nr.

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

Tragen Sie die Adresse Ihrer Krankenversicherung ein:

EINSCHREIBEN

Name der Krankenversicherung

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Ort, Datum

Bitte Modell ankreuzen und Name des Modells angeben

Beitritt zu

Hausarzt-Modell

HMO-Modell

Vorgängige telefonische med. Beratung

Bonus-Modell

Weiteres Versicherungsmodell

Sehr geehrte Damen und Herren

Per 01.01.2025 möchte ich oben angekreuztem Modell beitreten. Die Versicherungsdeckung bleibt sonst unverändert. Bitte nehmen Sie die entsprechenden Anpassungen an meiner Police vor.

Besten Dank für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname, Name

Unterschrift

Tragen Sie Ihren Absender ein:

Versicherten-Nr.

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

Tragen Sie die Adresse Ihrer Krankenversicherung ein:

EINSCHREIBEN

Name der Krankenversicherung

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Ort, Datum

Ausschluss der Unfalldeckung

Sehr geehrte Damen und Herren

Da ich bereits über meinen Arbeitgeber gegen Unfall versichert bin, möchte ich Sie bitten, die Unfalldeckung bei meiner Prämie per nächsten Monat auszuschliessen. Die Bestätigung meines Arbeitgebers finden Sie in der Beilage.

Besten Dank für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüssen

Vorname, Name

Unterschrift

Beilage erwähnt

Tragen Sie Ihren Absender ein:

Versicherten-Nr.

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Wohnort

Tragen Sie die Adresse Ihrer Krankenversicherung ein:

EINSCHREIBEN

Name der Krankenversicherung

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Ort, Datum

Kündigung der freiwilligen Zusatzversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige ich folgende Versicherungsdeckungen der freiwilligen Zusatzversicherung auf den unten aufgeführten Daten.

Name der Zusatzversicherung	Kündigung per

Besten Dank für die Ausführung des Auftrages. Bitte stellen Sie mir eine entsprechende Bestätigung zu.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname, Name

Unterschrift
