



Kundeninformation gemäss Artikel 3 VVG für die Zusatzversicherungen

Ausgabe 2018

Die nachstehende Kundeninformation gibt in übersichtlicher und knapper Form einen Überblick über die Identität des Versicherers, des Risikoträgers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages (Artikel 3 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag, VVG). Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien ergeben sich aus dem Antrag/Offerte beziehungsweise der Police/Versicherungsausweis, den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie aus den anwendbaren Gesetzen, insbesondere aus dem VVG.

Wer ist der Versicherer?

Versicherer ist die **Krankenkasse Luzerner Hinterland** (Nachfolgend Versicherer genannt)
Der Versicherer vermittelt Versicherungsprodukte von Partnerorganisationen.

Welche Risiken sind versichert und wie ist der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Versicherungsschutz bestimmt sich individuell je nach gewähltem Versicherungsprodukt. Wahlweise können für die Risiken Krankheit und/oder Unfall und/oder Mutterschaft die Kosten der medizinischen Versorgung (z.B. ärztliche Behandlungen, Spital- und Kuraufenthalte, Hauskrankenpflege, Medikamente, Zahnbehandlungen) und weitere mit den genannten Risiken zusammenhängende Kosten (z.B. ärztlich verordnete Therapien, Haushalthilfen, Transport- und Rettungskosten, Erwerbsausfall) abgedeckt oder Kapitalversicherungen bei Tod und Invalidität abgeschlossen werden. Der konkrete Versicherungsschutz ergibt sich aus dem Antrag/der Offerte bzw. der Versicherungspolice/dem Versicherungsausweis sowie aus den Versicherungsbedingungen.

Wie hoch ist die Prämie?

Die Höhe der Prämie hängt vom Alter, dem Geschlecht und dem zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person, den jeweiligen versicherten Risiken sowie der gewünschten Deckung und Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) ab. Alle Angaben zur Prämie sowie zur Kostenbeteiligung sind im Versicherungsantrag bzw. in der Versicherungs-police/dem Versicherungsausweis sowie in den Versicherungsbedingungen enthalten. Kollektivversicherungsverträge können davon abweichende Bestimmungen enthalten.

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Die Jahresprämie ist im Voraus zu bezahlen und wird jeweils am 1. Januar eines jeden Jahres oder – bei monatlicher Zahlung – am 1. des jeweiligen Monats fällig. Bei zweimonatlicher, vierteljährlicher oder halbjährlicher Zahlungsweise gelten obige Ausführungen sinngemäss. Im Falle von Direktzahlungen vom Versicherer oder Risikoträger an die Leistungserbringer (Arzt, Spital, Apotheke etc.) ist die versicherte Person verpflichtet, vereinbarte Kosten-beteiligungen innert 30 Tagen seit Rechnungsstellung durch den Risikoträger zurück zu-erstatten.

Was geschieht, wenn Prämien und Kostenbeteiligungen nicht bezahlt werden?

Wenn die versicherte Person mit der Zahlung der Prämie oder der Kostenbeteiligung in Verzug ist, gemahnt wurde und der Versicherer darauf verzichtet, die Ausstände auf dem Betreibungsweg einzufordern, wird der Vertrag durch Rücktritt des Versicherer beendet.

Wann besteht Anspruch auf Prämienrückerstattung?

Bei vorzeitiger Auflösung oder vorzeitiger Beendigung des Vertrages ist die Prämie nur für die Zeit bis zur Vertragsauflösung geschuldet.

Welche Pflichten hat die versicherte Person?

Meldepflicht:

Die versicherte Person ist verpflichtet, jeden Krankheitsfall oder Unfall sowie Todesfälle unverzüglich zu melden. Adressen, Namensänderungen sind innert 15 Tagen schriftlich mitzuteilen.

Untersteht eine versicherte Person nicht mehr dem Versicherungsobligatorium nach KVG, so hat sie dies innert zehn Tagen dem Versicherer zu melden.

Mitwirkungspflicht:

Die versicherte Person hat dem Versicherer vollständig und wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf den Versicherungsfall sowie auf frühere Krankheiten und Unfälle bezieht und entbindet die sie behandelnden Medizinalpersonen (Arzt usw.) von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer.

Schadenminderungspflicht:

Die versicherte Person hat alles zu unternehmen, das die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere hat sie den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals Folge zu leisten.

Die Auflistung enthält die gebräuchlichsten Pflichten. Weitere Pflichten ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen.

Wann beginnt die Versicherung?

Die Versicherung beginnt an dem Tag, der im Versicherungsantrag/-anmeldung bzw. in der Versicherungspolice/Versicherungsausweis aufgeführt ist.

Wie lange dauert der Vertrag?

Der Vertrag ist unbefristet abgeschlossen, sofern die Versicherungspolice bzw. die Versicherungsbedingungen oder Kollektivverträge nicht eine feste Vertragsdauer enthalten.

Wann endet der Vertrag?

Kündigung durch die versicherte Person

- Unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf Ende eines Kalenderjahres (Ausnahme KTI-Versicherung). Die Kündigung ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag des Monats vor Ablauf der Kündigungsfrist beim Versicherer eingetroffen ist. Abweichungen von dieser Regel sind den Versicherungsbedingungen zu entnehmen.
- Nach jedem Schadenfall, für den der Risikoträger Leistung erbringen muss. Die versicherte Person kann innert 14 Tagen seit Auszahlung der Entschädigung oder seit entsprechender Kenntnisnahme den Vertrag kündigen. Die Versicherungsdeckung erlischt mit dem Eintreffen dieser Mitteilung beim Versicherer.

Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer oder Risikoträger kann den Vertrag kündigen, wenn erhebliche Gefahrs-tatsachen verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt wurden (Verletzung der Anzeigepflicht). Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherer oder Risikoträger von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat. Hingegen verzichtet der Risikoträger ausdrücklich auf eine Kündigung per Vertragsablauf oder im Schadenfall.

Rücktritt des Versicherers

Der Versicherer kann vom Vertrag zurücktreten, wenn die versicherte Person mit der Bezahlung der Prämie oder Kostenbeteiligung in Verzug ist und gemahnt wurde.

Automatisches Erlöschen

- Mit dem Tod der versicherten Person
- Bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland, sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde.

Die Aufzählung enthält die wichtigsten Beendigungsgründe. Weitere Möglichkeiten ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen.

Kollektiv-Versicherungsvertrag

Der Versicherer (nachfolgende «vermittelnde Kasse» genannt) hat mit dem Risikoträger einen Kollektiv-Versicherungsvertrag abgeschlossen. Der Risikoträger verkehrt mit der Aufsichtsbehörde. Die vermittelnde Kasse ist Versicherungsnehmer (VN) und im Bereich der vertragsgegenständlichen Versicherungsprodukte Vermittlerin und ist verantwortlich für den Abschluss und die Abwicklung der Versicherungsverträge in umfassender Weise. Sie als Kunde/in sind die versicherte Person.

Risikoträger der Kollektiv-Versicherungsverträge

UTI und Aushilfevers.	SOLIDA Versicherungen AG, Saumackerstrasse 35, 8048 Zürich
KTI	Generali Personenversicherungen AG, Soodmattenstrasse 10, 8134 Adliswil
Dental	ÖKK Versicherungen AG, Bahnhofstrasse 13, Postfach, 7302 Landquart
Tourist	ÖKK Versicherungen AG, Bahnhofstrasse 13, Postfach, 7302 Landquart

Prämieninkasso zwischen vermittelnde Kasse und Risikoträger

Für den Fall, dass die Prämien der vermittelnden Kasse zwar rechtzeitig bezahlt wurden, von dieser dem Risikoträger jedoch nicht fristgerecht weitergelistet wurden, verzichtet der Risikoträger als Versicherer auf die Geltendmachung der Deckungslücke gemäss Art. 20 VVG gegenüber der versicherten Person. Neue Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der gesetzlichen Mahnfrist und der Kündigung des Kollektiv-Versicherungsvertrags durch den Versicherer eintreten, sind in diesem Fall nach wie vor gedeckt.

Der Risikoträger hat gemäss Art. 21 VVG das Recht, den Vertrag wegen Nichtbezahlung der Prämien durch die

vermittelnde Kasse zu kündigen. In diesem Fall gesteht der Risikoträger der versicherten Person, die ihre Prämien rechtzeitig an die vermittelnde Kasse bezahlt hat, das Recht auf Übertritt in die entsprechende Einzelversicherung des Risikoträgers zu.

Was passiert bei der Auflösung des Kollektiv-Versicherungsvertrages zwischen Versicherer und Risikoträger?

Bei Auflösung des Vertrages unternehmen die Parteien alles, um einen ordnungsgemässen Übergang zu gewährleisten. Es besteht die Möglichkeit der direkten Bestandsübertragung auf den Risikoträger oder einer Übertragung auf einen neuen Nachfolgeversicherer.

Der Nachfolgeversicherer übernimmt den Versichertenbestand ohne Unterbrechung und ohne Herabsetzung des Versicherungsschutzes. Des Weiteren werden alle noch nicht abgerechneten Leistungen, sowie sämtliche Verpflichtungen gegenüber den Versicherten übernommen.

Informationen über die Datenbearbeitung

Mit Bezug auf den Datenschutz stellt der Versicherer sicher, dass die im Rahmen der Antragsstellung und des Versicherungsvertrages gewonnenen Daten ausschliesslich zur Durchführung des Vertragszwecks bearbeitet werden. Namentlich garantiert der Versicherer die Einhaltung des Datenschutzgesetzes. Daten werden physisch und elektronisch so gesichert, dass sie dem Zugriff unberechtigter Dritter entzogen sind. Die Datenbearbeitung erfolgt ausschliesslich durch Personen, welche in einem Arbeitsverhältnis zum Versicherer stehen, oder Personen, die im Rahmen einer Auftragsverpflichtung für den Versicherer die ordnungsgemässe Durchführung der Versicherung im Bereich der medizinischen und rechtlichen Leistungskontrolle sowie der Rückversicherung vornehmen.

Der Versicherer stellt sicher, dass die zur Datenbearbeitung berechtigten Personen ihre datenschutzrechtlichen Verpflichtungen kennen und sich zu deren Einhaltung verpflichten. Im Rahmen der vertraglich vereinbarten Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht kann der Versicherer vom Versicherten eine Vollmacht einholen, welche eine erweiterte Datenbearbeitung ermöglicht.

Jede Person hat das Recht, beim Versicherer oder Risikoträger über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte gemäss Artikel 8 des Datenschutzgesetzes (DSG) zu verlangen.

Informationen von Kollektivversicherten

Bei Kollektivverträgen, die anderen Personen als dem Versicherten einen direkten Leistungsanspruch verleihen, verpflichtet der Versicherer den Versicherten dazu, diese Personen über den wesentlichen Inhalt des Vertrags sowie dessen Änderung und Auflösung zu unterrichten, und achtet auf die Einhaltung der Verpflichtung.

Der Versicherer orientiert den Antragsteller vor Abschluss des Versicherungsvertrages durch Abgabe des Antragsformulars sowie sämtlicher Vertragsbedingungen und Prospekte, welche die beantragten Versicherungen betreffen, über den Inhalt des Versicherungsvertrages, namentlich die versicherten Risiken, den Umfang des Versicherungsschutzes, die weiteren Pflichten des Versicherungsnehmers und die Identität des Versicherers.