



KSM Krankenkasse
Schweizerischer Metallbaufirmen

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Einzeltaggeldversicherung nach KVG
Ausgabe 01.2020

Inhaltsverzeichnis

I	Allgemeines.....	4
	1. Versicherungsträgerin / Art und Zweck der Versicherung	4
	2. Lesbarkeit.....	4
	3. Rechtliche Grundlagen	4
	4. Definitionen	4
II	Versicherungsverhältnis	5
	5. Versicherungsdeckung	5
	6. Versichertes Taggeld.....	5
	7. Versichert Person	5
	8. Beginn und Ende des Einzelversicherungsvertrags	5
	9. Versicherungsausweis.....	6
	10. Risikoprüfung	6
	11. Medizinischer Vorbehalt	6
	12. Örtlicher Geltungsbereich	7
	13. Übertritt in die Einzelversicherung aus dem Kollektivvertrag	7
III	Leistungen.....	8
	14. Leistungsvoraussetzungen	8
	15. Leistungsbeginn	8
	16. Dauer der Leistungen.....	8
	17. Wartefrist.....	8
	18. Berechnung des Taggeldes	9
	19. Auszahlung	9
	20. Taggeldleistungen bei Mutterschaft	9
	21. Vorleistung und Regress.....	9
	22. Einschränkung in der Versicherungsdeckung	9
	23. Verzichtsverbot	10
	24. Leistungsunterbruch.....	10
IV	Weitere Pflichten	10
V	Verschiedene Bestimmungen	11
	25. Leistungen Dritter.....	11
	26. Überentschädigung und Überversicherung.....	12
	27. Verrechnung / Unrechtmässig bezogene Leistungen.....	12
	28. Abtretung und Verpfändung der Leistungen	12
VI	Prämien.....	12
	29. Prämienzahlung	12
	30. Anpassung des Prämientarifs	13

VII	Schlussbestimmungen.....	13
31.	Mitteilungen.....	13
32.	Rechtspflege	13
33.	Inkrafttreten.....	13

I Allgemeines

1. Versicherungsträgerin / Art und Zweck der Versicherung

1. Versicherungsträgerin ist die Krankenkasse Schweizerischer Metallbaufirmen (nachfolgend KSM genannt).
2. Sie führt die freiwillige Taggeldversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) durch. Diese AVB gelten ausschliesslich für die Einzeltaggeldversicherung.
3. Die Einzeltaggeldversicherung der KSM ist eine Schadenversicherung. Sie versichert ganz oder teilweise die wirtschaftlichen Folgen einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Mutterschaft und, sofern vertraglich vereinbart, von Unfällen.

2. Lesbarkeit

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit findet nur die männliche Form Anwendung.

3. Rechtliche Grundlagen

1. Bundesrecht
2. Kantonales Recht
3. Soweit nicht zwingende Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), der Krankenversicherungsverordnung (KVV) und des übrigen Bundesrechts anwendbar sind, gilt, was die Parteien vereinbaren.
4. Der Einzelversicherungsvertrag besteht aus:
 - Den Statuten
 - Der Offerte bzw. dem Versicherungsantrag inkl. allfälliger Gesundheitsdeklarationen der versicherten Person
 - Allfälligen schriftlichen Erklärungen im Antrag
 - Allfälligen medizinischen Fragebögen
 - Besonderen Vereinbarungen (BV) in der Versicherungspolice
 - Den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
 - Der Versicherungspolice

4. Definitionen

1. Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist, die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert und eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
2. Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit zur Folge hat. Die im Bundesgesetz über Unfallversicherung (UVG) aufgeführten Berufskrankheiten und unfallähnlichen Körperschädigungen sind den Unfällen gleichgestellt.
3. Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.
4. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Unfall oder Mutterschaft ganz oder teilweise unfähig ist, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei Arbeitsunfähigkeit von mehr als 6 Monaten wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

Teilweise Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 Prozent besteht. Bei versicherten Personen, welche als arbeitslos beim RAV gemeldet sind, muss eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 Prozent vorliegen.

II Versicherungsverhältnis

5. Versicherungsdeckung

1. Die KSM gewährt den Versicherungsschutz gegen die Risiken Krankheit und Mutterschaft, falls nichts anderes vereinbart worden ist.
2. Das Unfallrisiko ist nur gedeckt, sofern dies im Versicherungsvertrag ausdrücklich festgehalten ist. Der Leistungsumfang für Unfall entspricht demjenigen bei Krankheit.
3. Die KSM entrichtet das Taggeld gemäss der vertraglichen Deckung.

6. Versichertes Taggeld

Das versicherte Taggeld ist im Versicherungsvertrag aufgeführt.

7. Versichert Person

1. Die versicherte Person ist namentlich im Versicherungsvertrag aufgeführt.
2. Personen, welche ihren Anspruch auf Leistungen aus irgendeiner Taggeldversicherung ausgeschöpft haben, können die Taggeldversicherung nur mit einem Vorbehalt für Krankheiten abschliessen, die bei der Aufnahme bestehen bzw. früher bestanden haben und erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen.

8. Beginn und Ende des Einzelversicherungsvertrags

1. Die Versicherung beginnt mit Inkrafttreten des Einzelversicherungsvertrags. Das Datum des Inkrafttretens ist auf dem Versicherungsvertrag oder dem Versicherungsausweis aufgeführt.
2. Der Ablauf ist jeweils auf den 31. Dezember eines Kalenderjahres festgelegt.
3. Der Einzelversicherungsvertrag erlischt bei Kündigung. Er kann unter Einhaltung einer einmonatigen Frist auf das Ende eines Monats gekündigt werden. Bei Ablauf des Vertrags verlängert sich dieser jeweils stillschweigend um ein Jahr, sofern bis spätestens 30. September des Kalenderjahres kein Kündigungsschreiben bei der KSM eingegangen ist. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen. Auch der KSM steht dieses Kündigungsrecht zu.
4. Der Vertrag kann von der KSM zudem vor Ablauf des Vertrags und ohne Einhaltung eines Kündigungstermins fristlos gekündigt werden (Ausschluss), wenn
 - die versicherte Person bei Abschluss des Versicherungsvertrages eine erhebliche Gefahrentatsache, die er kannte oder kennen musste, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen hat oder wenn er im Verlaufe des Versicherungsvertrages Tatsachen falsch mitteilt oder verschweigt, die die Leistungspflicht von der KSM ausschliessen oder mindern würden.
 - die versicherte Person ihre Pflichten wiederholt und trotz vorangegangener Androhung durch die KSM oder einmalig in schwerer Weise verletzt hat.

5. Zudem erlischt der Einzelversicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung:
 - a) mit dem Erlöschen oder der Aufhebung des Vertrags,
 - b) mit dem Tod der versicherten Person,
 - c) bei der Ausschöpfung des Leistungsanspruchs,
 - d) vorbehältlich einer besonderen Vereinbarung (BV) am Ende des Monats, in dem die versicherte Person das ordentliche AHV-Alter erreicht oder sich vorzeitig pensionieren lässt,
 - e) am Ende der Arbeitsunfähigkeit des Grenzgängers als Einzelmitglied, unter Vorbehalt der Ausschöpfung des Leistungsanspruchs,
 - f) wenn die Rahmenfrist oder der Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenkasse abgelaufen ist,
 - g) sobald aufgrund von Freizügigkeitsabkommen die Weiterführung des Versicherungsschutzes durch einen anderen Versicherer gewährleistet wird oder
 - h) nach Überschreiten des Auslandsaufenthaltes von maximal 24 aufeinander folgenden Monaten

9. Versicherungsausweis

Erfolgt die Aufnahme eines Antragstellers aufgrund eines medizinischen Fragebogens (Gesundheitsdeklaration), so erstellt die KSM einen Versicherungsausweis.

10. Risikoprüfung

1. Jede Person, die sich einer Risikoprüfung unterziehen muss, hat den medizinischen Fragebogen vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen. Bei Widerhandlung verweisen wir auf Art. 8 Abs. 4 AVB. Eine medizinische Untersuchung bleibt vorbehalten.
2. Die zu versichernde Person ermächtigt das ärztliche Personal, dem vertrauensärztlichen Dienst der KSM die nötigen Informationen zur Überprüfung eines Versicherungsantrags zuzustellen.
3. Je nach Gesundheitszustand der zu versicherten Person kann die KSM den Beitritt mit einem Vorbehalt annehmen.
4. Bei Inkrafttreten des Einzelversicherungsvertrags werden die durch den Vorversicherer angebrachten Vorbehalte bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist beibehalten.

11. Medizinischer Vorbehalt

1. Je nach Gesundheitszustand der zu versichernden Person kann die KSM den Beitritt mit einem Vorbehalt annehmen.
2. Personen, die zum Zeitpunkt des Versicherungsantrags erkrankt oder verunfallt sind oder an den Folgen eines Unfalls leiden, werden unter Vorbehalt dieser Gesundheitsbeeinträchtigungen versichert, sofern diese erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen kann.
3. Vor dem Beitritt erlittene Erkrankungen, Unfälle oder Folgen von Unfällen stehen ebenfalls unter Vorbehalt, wenn Rückfälle erfahrungsgemäss möglich sind.
4. Die KSM führt Vorbehalte des bisherigen Versicherers bis zum Ablauf der ursprünglichen Frist weiter.
5. Die angebrachten Vorbehalte werden spätestens nach fünf Jahren aufgehoben. Der versicherten Person steht jederzeit das Recht zu, den Nachweis zu erbringen, dass sich die Gründe, welche zur Anbringung des Vorbehalts geführt haben, definitiv nicht mehr realisieren können. Bei entsprechendem Nachweis entfällt der Vorbehalt im Zeitpunkt der Nachweiserbringung.

12. Örtlicher Geltungsbereich

In Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) oder der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) gilt folgende Regelung:

1. Versicherte Personen, die sich in der EU oder EFTA aufhalten oder dort wohnhaft sind, haben gemäss Abkommen über die Personenfreizügigkeit Anspruch auf Taggelder.
2. Versicherte Personen, die in einem anderen Mitgliedstaat der EU oder EFTA als in der Schweiz oder dem Fürstentum Liechtenstein (nachfolgend Schweiz genannt) wohnhaft sind, müssen sich bei einer Arbeitsunfähigkeit innerhalb von drei Tagen bei der zuständigen Einrichtung ihres Wohnorts melden und ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis vorweisen (Formular E116). Die Einrichtung des Wohnorts füllt das Formular E115 aus (Geldleistungen Arbeitsunfähigkeit) und leitet es zusammen mit dem Arbeitsunfähigkeitszeugnis an die KSM weiter. Ist der Leistungsanspruch festgelegt, so füllt die KSM das Formular E117 aus (Leistungen Mutterschaft, Arbeitsunfähigkeit) und schickt es an die Einrichtung des Wohnorts. Wenn die versicherte Person die Arbeit wieder aufnehmen kann, wird sie sowie die KSM umgehend von der Einrichtung des Wohnorts informiert, sobald die Arbeitsunfähigkeit beendet ist.
3. Eine in der Schweiz wohnhafte versicherte Person, die sich für eine kurze Zeit (z. B. Ferien) in einem EU-/EFTA-Mitgliedstaat aufhält und arbeitsunfähig wird, ist nicht verpflichtet, sich innert drei Tagen bei der Einrichtung des Wohnorts zu melden. Er muss der KSM jedoch ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis des behandelnden Arztes vorweisen. Hingegen ist bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als sieben Tagen der unter Punkt 2 beschriebene Ablauf anwendbar.

Ausserhalb EU oder EFTA (mit Ausnahme der Schweiz) gilt folgende Regelung:

4. Bei einem Auslandsaufenthalt werden nur während eines medizinisch notwendigen Spitalaufenthalts Leistungen erbracht und nur solange die Rückkehr ins Wohnland unmöglich oder unzumutbar ist.

13. Übertritt in die Einzelversicherung aus dem Kollektivvertrag

1. Die Übertretenden haben Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen der bisher versicherten Leistungen. Die Höhe des Taggeldes beschränkt sich jedoch auf das aktuelle Erwerbseinkommen bzw. die Leistung der Arbeitslosenversicherung (ALV) im Maximum jedoch auf die bisher versicherten Leistungen. Massgebend für den neuen Vertrag sind die im Zeitpunkt des Übertritts geltenden Bestimmungen und Tarife der Einzelversicherung. Soweit die versicherte Person in der Einzelversicherung nicht höhere Leistungen versichert, dürfen keine neuen Versicherungsvorbehalte angebracht werden; das im Kollektivvertrag massgebende Eintrittsalter ist beizubehalten. Für Arbeitslose gilt zudem Art. 73 KVG.
2. Allfällige im Rahmen des Kollektivvertrags festgelegte Vorbehalte werden beim Übertritt in die Einzelversicherung aufrechterhalten.
3. Bereits in der Kollektivversicherung bezogene Leistungen werden auf diejenigen der Einzelversicherung angerechnet.

III Leistungen

14. Leistungsvoraussetzungen

1. Das Taggeld wird bei einer nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Bei versicherten Personen, welche als arbeitslos beim RAV gemeldet sind, wird das Taggeld bei einer nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit erbracht.
2. Die Höhe des versicherten Taggeldes ist im Versicherungsvertrag aufgeführt.
3. Die versicherte Person hat eine vollständige oder teilweise Arbeitsunfähigkeit innert 30 Tagen ab Beginn der Arbeitsunterbrechung zu melden. Er bescheinigt diese durch ein von einem in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein zur Berufsausübung zugelassenen Arzt, ausgestellten Zeugnis. Bei einem Schadenfall im Ausland gemäss Art. 12 AVB ist die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt zu bescheinigen, der über ein dem schweizerischem Recht gleichwertiges Diplom sowie über eine Berufsausübungsbewilligung im jeweiligen Land verfügt.

Trifft die Meldung nach Ablauf dieser 30-tägigen Frist bei der KSM ein, so gilt der Eingangstag als erster Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der versicherte Taggeldanspruch entsteht frühestens nach Ablauf der Wartefrist ab dem Eingangstag.
4. Arbeitsausfälle infolge Kuren sind nur versichert, wenn diese medizinisch notwendig sind und der KSM rechtzeitig vor Kurbeginn ein Kurgesuch eingereicht wird.
5. Begibt sich die versicherte Person zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft ohne Zustimmung der KSM ins Ausland, werden keine Leistungen erbracht.
6. Arbeitsausfälle wegen ambulanter Untersuchungen oder Behandlungen begründen keinen Taggeldanspruch.

15. Leistungsbeginn

1. Die Leistungspflicht beginnt nach Ablauf der im Versicherungsvertrag vereinbarten Wartefrist. Die Wartefrist beginnt mit dem 1. Tag der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit, frühestens jedoch 3 Tage vor Beginn der ärztlichen Behandlung.

Es gelten die Obliegenheiten gemäss Art. 13 Abs. 3 AVB, insbesondere betreffend Krankmeldung und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

16. Dauer der Leistungen

1. Das Taggeld wird während maximal 730 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen für eine oder mehrere Arbeitsunfähigkeiten ausgerichtet.
2. Die Wartefristen werden auf die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.
3. Die Tage, während denen die versicherte Person Taggelder von ihrem Vorversicherer erhalten haben, werden auf die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.

17. Wartefrist

1. Die vereinbarte Wartefrist ist im Versicherungsvertrag aufgeführt. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit werden für die Berechnung der Wartefrist als ganze Tage angerechnet.
2. Die Wartefrist wird bei jedem Schadenfall angewandt.
3. Bei Rückfällen innerhalb von 180 Tagen ab Wiederaufnahme der Tätigkeit entfällt die Wartefrist, sofern als Wartefrist 30 oder mehr Tage vereinbart worden sind.

18. Berechnung des Taggeldes

1. Die Höhe des Taggeldes wird auf der Basis des versicherten Lohnes berechnet. Das versicherte Taggeld ist in der Versicherungspolice aufgeführt. Leistungen Dritter werden angerechnet (Schadenversicherung).
2. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit berechnet. Das verminderte Taggeld wird während der in Art. 16 AVB vorgesehenen Dauer geleistet.

19. Auszahlung

1. Das geschuldete Taggeld wird pro Kalendertag ausbezahlt (inkl. Sonn- und Feiertage).
2. Die Leistungen können erst nach Erhalt eines ärztlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisses (Zwischen- oder Schlusszeugnis [Wiederaufnahme der Arbeit]) erfolgen und sofern auch die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind. Das Zwischenzeugnis muss der KSM monatlich zugestellt werden. Bei Erhalt eines Zwischenzeugnisses wird die versicherte Person nur bis zu dem Tag entschädigt, an dem das ärztlich bescheinigte Zeugnis ausgestellt wurde oder maximal bis zum Ende des laufenden Monats.

20. Taggeldleistungen bei Mutterschaft

1. Das Taggeld wird bei Schwangerschaft und Niederkunft entrichtet, wenn die versicherte Person bis zum Tag ihrer Niederkunft bereits seit mindestens 270 Tagen ohne Unterbruch von mehr als drei Monaten versichert war.
2. Bei Schwangerschaft und Niederkunft richtet die KSM das Taggeld unter Anrechnung der Wartefrist während 16 ununterbrochenen Wochen aus, wovon mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen.
3. Die Taggelder für Arbeitsunfähigkeit können nicht mit Taggeldern für Mutterschaft kumuliert werden.
4. Die Taggelder für Mutterschaft werden subsidiär zu allfälligen Leistungen vom Bund oder aus einer kantonalen Mutterschaftsversicherung gewährt.

21. Vorleistung und Regress

Ist bei Krankheit oder Unfall die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach UVG oder der Militärversicherung zweifelhaft, so erbringt die KSM Vorleistungen. Voraussetzung hierfür ist, dass die versicherte Person ihren Anspruch bei den in Frage kommenden Sozialversicherungen angemeldet hat und die in Frage kommende Sozialversicherung für diesen Fall noch keine Taggelder erbracht hat. Wird der Fall von einem anderen Träger übernommen, so muss dieser der KSM die Vorleistungen im Rahmen seiner Leistungspflicht zurückerstatten.

22. Einschränkung in der Versicherungsdeckung

Die Leistungen können gekürzt oder in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert werden, wenn die versicherte Person die gebotenen Obliegenheiten oder Pflichten der vorliegenden AVB verletzt. Insbesondere;

- a) wenn die versicherte Person sich weigert, den Anordnungen der KSM Folge zu leisten, insbesondere sich von einem von der KSM bezeichneten medizinischen Experten untersuchen zu lassen oder wenn sich die versicherte Person einer zumutbaren Behandlung, die eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit verspricht oder einer Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht oder widersetzt oder nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt.
- b) bei absichtlicher Herbeiführung von Krankheiten oder Unfällen oder bei Verschlimmerung von deren Folgen
- c) bei Schadenfällen verursacht durch aktive Teilnahme an kriegerischen Ereignissen

23. Verzichtungsverbot

Die Erschöpfung der Bezugsberechtigung darf nicht dadurch aufgehalten werden, dass der Versicherte auf Taggelder verzichtet, bevor der Arzt seine Genesung bescheinigt hat.

24. Leistungsunterbruch

1. Kommt es während des Taggeldbezugs zu einem Arbeitsunterbruch ohne Lohnanspruch (z.B. Gefängnis, Untersuchungshaft etc.), so sind für diese Periode keine Taggelder geschuldet.
2. Zu einem Leistungsunterbruch kommt es, wenn eine arbeitsunfähige versicherte Person ohne Zustimmung der KSM die Schweiz vorübergehend verlässt (z.B. zu Ferienzwecken). Die Person verliert ihren Anspruch auf Versicherungsleistungen bis zur Rückkehr in die Schweiz.

Versicherte Personen, die sich während ihrer Arbeitsunfähigkeit ins Ausland begeben möchten, müssen die KSM 14 Tage vor ihrer Abreise darüber informieren. Die KSM bestimmt den Umständen nach, ob sie weiterhin Leistungen ausrichtet oder nicht. Falls nicht, hat der Versicherte bis zu seiner Rückkehr in die Schweiz keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen.

IV Weitere Pflichten

1. Die versicherte Person ist für die fristgerechte Einreichung der erforderlichen Unterlagen an die KSM verantwortlich.
2. Jede Änderung des Grades der Arbeitsunfähigkeit ist der KSM unverzüglich mitzuteilen.
3. Bei länger dauernden Arbeitsunfähigkeiten ist der KSM jeden Monat ein Zwischenzeugnis einzureichen.
4. Bei verspäteter Einreichung der Arbeitsunfähigkeitsbestätigung besteht frühestens ab Eingang des ärztlichen Zeugnisses Anspruch auf das versicherte Taggeld. Rückdatierungen zur Erwirkung von Taggeldleistungen sind nicht zulässig.
5. Erfolgt die Meldung einer Arbeitsunfähigkeit zu spät, so besteht kein Taggeldanspruch für die Tage vor der Meldung.
6. Die versicherte Person ist verpflichtet, mit dem Krankenbesucher der KSM und von der KSM beauftragten Ärzten zu kooperieren.
7. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf Kosten der KSM von einem von der KSM bezeichneten Arzt untersuchen oder begutachten zu lassen. Wenn die versicherte Person ohne triftigen Grund zur medizinischen Begutachtung nicht erscheint, behält sich die KSM das Recht vor, Leistungen zu kürzen oder zu verweigern und die Rückerstattung der bereits erbrachten Leistungen zu verlangen sowie das Honorar der nicht eingehaltenen Konsultation in Rechnung zu stellen.

Die versicherte Person hat ab Beginn seiner Arbeitsunfähigkeit einen in der Schweiz oder im Fürstentum Liechtenstein zur Berufsausübung zugelassenen Arzt zu konsultieren. Bei einem Schadenfall im Ausland gemäss Art. 12 AVB ist ein Arzt zu konsultieren, der über ein dem schweizerischen Recht gleichwertiges Diplom sowie über eine Berufsausübungsbewilligung im jeweiligen Land verfügt.

Den Anweisungen dieser Ärzte ist Folge zu leisten und unverzüglich ein ärztliches Arbeitsunfähigkeitszeugnis einzureichen. Bei längerer andauernder Arbeitsunfähigkeit muss ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis monatlich eingereicht werden.

8. Die versicherte Person muss alles, was ihrer Genesung schadet oder ihrer Arbeitsunfähigkeit verlängern könnte, vermeiden.
9. Die versicherte Person muss alles Zumutbare unternehmen, um den Schaden zu verringern und ihre Genesung zu fördern. Sie muss sich regelmässig in ärztliche Behandlung und Kontrolle begeben.
10. Die versicherte Person, die in ihrem angestammten Beruf voraussichtlich dauernd voll oder teilweise arbeitsunfähig bleibt, ist verpflichtet, ihre allfällig verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerthen, auch wenn dies einen Berufswechsel erfordert resp. sie hat sich bei der Arbeitslosenversicherung anzumelden. Die KSM fordert die versicherte Person zum Berufswechsel auf und macht sie auf die Folgen gemäss Art. 22 AVB aufmerksam.
11. Die versicherte Person ermächtigt die KSM ausdrücklich, jederzeit ärztliche Auskünfte und andere Informationen einzuholen, die zur Festlegung des Leistungsanspruches notwendig sind. Sie entbindet den ehemaligen Arbeitgeber, Ärzte, Versicherungen sowie Amtsstellen gegenüber der KSM im Einzelfall von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.
12. Die versicherte Person ist verpflichtet, einen voraussichtlichen Leistungsanspruch bei der IV (Rente, Umschulung, berufliche Massnahmen) anzumelden. Verweigert sie nach Aufforderung von der KSM die Anmeldung bei der IV oder zieht sie diese zurück, entfällt die Leistungspflicht der KSM.
13. Die versicherte Person ist verpflichtet, auf erstmalige Aufforderung der KSM hin einen allfälligen noch nicht geklärten Anspruch auf Leistungen nach UVG, IVG oder EOG bei der zuständigen Stelle anzumelden.

V Verschiedene Bestimmungen

25. Leistungen Dritter

1. Im Sinn der Schadenminderungspflicht kann die KSM die versicherte Person dazu auffordern, innert 20 Tagen ein IV-Gesuch oder ein Gesuch um Leistungsansprüche bei der Arbeitslosenversicherung zu stellen.
2. Sobald die KSM die versicherte Person dazu aufgefordert hat, bei der zuständigen Stelle ein Gesuch für die Übernahme von Leistungen einzureichen oder wenn die KSM die versicherte Person aufgefordert hat, Wiedereingliederungsmassnahmen Folge zu leisten, werden die Leistungen der KSM nur dann ausbezahlt, wenn der Fall auch wirklich der zuständigen Stelle gemeldet wurde bzw. den Wiedereingliederungsmassnahmen Folge geleistet wird. Erfolgt die Meldung an die zuständige Stelle nicht oder verspätet, so behält sich die KSM das Recht vor, die seit der unterlassenen oder verspäteten Meldung bzw. die seit der Nichtvornahme von Wiedereingliederungsmassnahmen von ihr entrichteten Leistungen zurückzuverlangen.
3. Kürzt ein Dritter seine Leistungen aus Sanktionsgründen, so gleicht die KSM den sich daraus ergebenden Verlust nicht aus.
4. Die KSM kann die Taggeldleistungen vorschiesen, solange der Anspruch auf eine Rente aus der Invalidenversicherung (IVG), der Unfallversicherung (UVG), der Militärversicherung (MVG), der beruflichen Vorsorge (BVG) oder einer ausländischen oder privaten Versicherung nicht festgelegt ist. Sobald die Rente von einer oder mehreren dieser Einrichtungen zugesprochen worden ist, steht der KSM die Rückerstattung der zuviel bezahlten Summen zu. Die versicherte Person tritt ihre Ansprüche im Umfang des Rückerstattungsanspruchs an die KSM ab.
5. Verzichten versicherte Personen ohne Zustimmung von der KSM ganz oder teilweise auf Leistungen gegenüber Dritten, entfällt die Leistungspflicht der KSM. Als Verzicht gilt auch die Kapitalisierung eines Leistungsanspruchs und die Nichtgeltendmachung von Ansprüchen gegenüber Dritten, insbesondere wenn sich die versicherte Person trotz Aufforderung von der KSM nicht bei der Invalidenversicherung anmeldet.

26. Überentschädigung und Überversicherung

1. Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der versicherten Person auf Grund des schädigenden Ereignisses gewährt werden.
2. Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die gesetzlichen Sozialversicherungsleistungen den wegen des Versicherungsfalls mutmasslich entgangenen Verdienst zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen übersteigen.
3. Von einer Kürzung ausgeschlossen sind die Renten der Alters- und Hinterlassenenversicherung und der Invalidenversicherung sowie alle Hilflosen- und Integritätsentschädigungen. Bei Kapitaleleistungen wird der Rentenwert berücksichtigt.
4. Die Taggeldleistungen der KSM werden im Nachgang zu Leistungen anderer Sozialversicherungen gewährt und werden um den Betrag der Überentschädigung gekürzt.
5. Besteht bei einem Privatversicherer eine Taggeldversicherung für Krankheit oder Unfall, gewährt die KSM das versicherte Taggeld nur so weit, als keine Überentschädigung besteht. Kürzt oder verweigert der Privatversicherer seine Leistungen gestützt auf eine Subsidiaritätsklausel leistet die KSM anteilmässig.

27. Verrechnung / Unrechtmässig bezogene Leistungen

1. Die KSM kann fällige Leistungen mit Prämienforderungen gegenüber der versicherten Person für ihren Prämienanteil verrechnen.
2. Die versicherte ist nicht berechtigt, Prämien mit Forderungen zu verrechnen. Die KSM kann einen Verzugszins in der Höhe von 5% p.a. erheben, wenn die Prämien nicht termingerecht bezahlt werden.
3. Von der versicherten Person zu Unrecht bezogene Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

28. Abtretung und Verpfändung der Leistungen

Die versicherte Person darf seine Forderungen gegenüber der KSM weder abtreten noch verpfänden.

VI Prämien

29. Prämienzahlung

1. Prämienschuldner ist die versicherte Person.
2. Der Prämiensatz wird vertraglich pro Kalenderjahr bestimmt. Die Prämie ist gemäss den vertraglichen Bestimmungen zahlbar.
3. Die während eines Versicherungsjahres fälligen Raten der Jahresprämie werden als Teilbeträge betrachtet, die bis zum jeweilig festgelegten Zeitpunkt zu bezahlen sind. Nicht bezahlte Raten der Jahresprämie bleiben geschuldet.
4. Werden die Prämien oder Raten nicht fristgerecht entrichtet, so fordert die KSM den Schuldner auf, den Ausstand samt Kosten innert 14 Tagen nach Absenden der Mahnung zu bezahlen. Sie macht ihn auf die Säumnisfolgen aufmerksam. Wird die ausstehende Prämie samt Kosten während der Nachfrist nicht beglichen, so ruht die Leistungspflicht und der Versicherungsschutz ist sistiert. Sobald die Prämienrückstände samt Kosten vollständig beglichen sind, erlangt die versicherte Person das Leistungsanrecht zurück, und zwar rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Sistierung. Die Prämie ist in diesem Fall während der ganzen Dauer der Sistierung geschuldet.
5. Bezahlt die versicherte Person mindestens zwei Prämien nicht fristgerecht, trotz schriftlicher Androhung der Kündigung gem. Art. 8. Abs. 3, ist die KSM berechtigt, den Vertrag un-

ter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Monats zu kündigen. Die Kündigung muss per Einschreiben erfolgen.

6. Wenn der Beitritt im Rahmen der Einzelversicherung im Verlauf eines Kalendermonats beginnt oder endet, sind die Prämien für die effektiv genutzten Kalendertage geschuldet.
7. Im Rahmen der Einzelversicherung besteht keine Prämienbefreiung.

30. Anpassung des Prämientarifs

1. Die KSM hat das Recht, die Prämien jährlich der Entwicklung der Schadenfälle anzupassen. Diese Anpassung tritt jeweils per 1. Januar eines Kalenderjahres in Kraft.
2. Die KSM informiert die versicherte Person spätestens 30 Tage vor Ende des laufenden Jahres über die Höhe der neuen Prämie. Ist die versicherte Person mit der neuen Prämie nicht einverstanden, kann sie den Vertrag auf Ende des Jahres kündigen.
3. Trifft vor Ende des Jahres kein Kündigungsschreiben bei der KSM ein, gelten die Änderungen als angenommen.
4. Wenn nach der Festlegung der Prämie verspätete Meldungen von Arbeitsunfähigkeiten eingehen, hat die KSM das Recht, die Prämie rückwirkend an die tatsächliche Schadenbelastung anzupassen. Rückwirkende Korrekturen gelten als angenommen, wenn die KSM 30 Tage nach Mitteilung der Prämienkorrektur kein Kündigungsschreiben per Einschreiben erhalten hat. Die Kündigung tritt frühestens am Ende des Monats, in dem die KSM die verspätete Meldung erhalten hat, in Kraft.

VII Schlussbestimmungen

31. Mitteilungen

Die Mitteilungen der KSM erfolgen rechtsgültig an die letzte von der versicherten Person angegebene Adresse.

32. Rechtspflege

1. Verfügung

Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid der KSM nicht einverstanden, kann sie innert 30 Tagen verlangen, dass die KSM eine schriftliche Verfügung erlässt. Die KSM begründet die Verfügung und versieht sie mit einer Rechtsmittelbelehrung.

2. Einsprache

Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Verfügung schriftlich bei der KSM Einsprache erhoben werden. Die KSM erlässt innert angemessener Frist einen Einspracheentscheid, begründet diesen und versieht ihn mit einer Rechtsmittelbelehrung. Das Einspracheverfahren ist kostenlos, Parteientschädigungen werden nicht ausgerichtet.

3. Beschwerde

Gegen Einspracheentscheide der KSM kann innerhalb von 30 Tagen nach Eröffnung des Einspracheentscheides Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht erhoben werden.

33. Inkrafttreten

Die vorliegenden AVB ersetzen die AVB vom 1. Januar 2012. Sie treten am 1. Januar 2020 in Kraft.