



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Die obligatorische Krankenversicherung

Ratgeber





Inhalt

Begriffe	2
Vorwort	3
Versicherungsschutz	4
Leistungen	5
Prämien und Kostenbeteiligung	13
Sparmöglichkeiten	15
Was tun bei Uneinigkeit?	18
Adressen	20
Musterbriefe	25
Weitere Informationen	27
Stichworte / Index	28

Begriffe

Krankenkassen oder Krankenversicherer: Versicherer, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen. Die Krankenkassen sind nicht gewinnorientiert und müssen vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) anerkannt sein. Es steht ihnen frei, auch Zusatzversicherungen anzubieten.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (nach dem Krankenversicherungsgesetz KVG): Diese Versicherung gewährleistet eine 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 (Behandlung durch Naturärzte und -ärztinnen, gewöhnliche Zahnbehandlungen etc.). Die Prämien können sich nach dem «Risiko» richten, das eine Person für eine Krankenkasse darstellt. Diese kann die Aufnahme von Personen ablehnen oder Vorbehalte aufgrund des Gesundheitszustandes anbringen.

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Dieser Ratgeber beantwortet die am häufigsten gestellten Fragen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Er vermittelt einen allgemeinen Überblick über die gesetzlichen Vorschriften (Stand: 1. Januar 2024). In Einzelfällen geben die Versicherer (Krankenkassen) Auskunft.

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 einzeln versichert sein, Erwachsene ebenso wie Kinder (keine Familienversicherung).
- 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, als EU/EFTA-Staatsangehörige/-r in der Schweiz erwerbstätig sind und in einem EU-Mitgliedstaat oder als Staatsangehörige/-r des Vereinigten Königreichs (UK), in Island, Norwegen oder UK wohnen. Dies gilt auch für Ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen.
- wenn Sie als Schweizer/Schweizerin oder EU/EFTA/UK-Staatsangehörige/-r ausschliesslich eine Rente oder eine Arbeitslosenentschädigung aus der Schweiz beziehen und in einem EU-Mitgliedstaat, in Island, Norwegen oder UK wohnen. Dies gilt auch für Ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen.
- als Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerin, wenn Sie von Ihrem schweizerischen Arbeitgeber vorübergehend ins Ausland entsandt werden. Dies gilt auch für Ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen.

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

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

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

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

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

Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht sind innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht in der Schweiz an die zuständige kantonale Stelle (*siehe Seiten 22 und 23*) zu richten. Rentnerinnen und Rentner, die in einem EU-/EFTA-Staat oder in UK wohnen, müssen sich an die Gemeinsame Einrichtung KVG wenden (www.kvg.org).
(siehe auch Broschüre «Ratgeber Sozialversicherung», abrufbar via Internet unter: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/broschueren.html>).

Wo kann ich mich versichern?

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung kann bei jeder Niederlassung einer der rund 50 Krankenkassen abgeschlossen werden. Bei Wohnsitz in einem EU-Staat, in Island, Norwegen oder UK ist der Abschluss einer Krankenversicherung nur bei bestimmten Krankenkassen möglich. Weitere Auskünfte über die Versicherungspflicht und Befreiung davon erteilen die kantonalen Behörden (*siehe Adressen Seite 22*).

Wann muss ich mich versichern?

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

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

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

Was bezahlt mir die Krankenversicherung?

—> beim Arzt oder bei der Ärztin

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet grundsätzlich alle Behandlungen, die von einem Arzt oder einer Ärztin vorgenommen werden. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt muss jedoch die Patientin / den Patienten darüber orientieren, ob die erbrachte Leistung übernommen wird.

Daneben können Personen im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin bestimmte Leistungen erbringen (Physiotherapie, Krankenpflege ambulant (SPITEX) oder im Pflegeheim, Ernährungsberatung, Diabetes-

beratung, Logopädie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Podologie). Vergütet werden ebenfalls Untersuchungen (z.B. Analysen, Röntgen), die vom Arzt / von der Ärztin angeordnet worden sind. Ärztliche Psychotherapien und ärztlich angeordnete psychologische Psychotherapien (seit 1. Juli 2022) werden unter Einhaltung bestimmter Bedingungen übernommen. Wenn Sie Zweifel hegen, ob die Krankenkasse eine medizinische Behandlung übernimmt, erkundigen Sie sich bei Ihrem Arzt / bei Ihrer Ärztin oder bei Ihrer Krankenkasse.

—→ in der Komplementärmedizin

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

Die oben erwähnten Behandlungen werden übernommen, wenn sie von einem Arzt oder einer Ärztin mit einem Facharzttitel und einer anerkannten Weiterbildung in der entsprechenden komplementärmedizinischen Disziplin erbracht werden (Dokumente einsehbar im Internet unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Aerztliche-Komplementaermedizin.html>).

Das Medizinalberuferegister (MedReg) listet die Ärzte und Ärztinnen mit einem solchen Titel auf (www.medregom.admin.ch/DE).

Die verschriebenen Medikamente werden vergütet, wenn sie in der Spezialitätenliste oder der Arzneimittelliste mit Tarif aufgeführt sind (siehe Seite 7).

—→ im Spital

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

—→ bei Medikamenten

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für sämtliche Medikamente, die von einem Arzt oder einer Ärztin verschrieben werden und die in der sogenannten «Spezialitätenliste» aufgeführt sind (*siehe Seite 27*). Kassenpflichtig sind zurzeit rund 3000 Medikamente, wobei die Liste ständig angepasst wird. Vergütet werden auch die Medikamente, die als Magistralrezeptur (in der Regel in der Apotheke) hergestellt werden, wenn die Inhaltsstoffe in der Arzneimittelliste mit Tarif enthalten sind (*siehe Seite 27*).

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

—→ bei Massnahmen zur Prävention:

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

- **verschiedene Impfungen**, die in Artikel 12a der Krankenpflege-Leistungsverordnung aufgeführt sind und mit Impfstoffen, die eine Zulassung von Swismedic haben. Wir empfehlen Ihnen, die Impfeempfehlungen des Schweizerischen Impfplans (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/richtlinien-empfehlungen-impfungen-prophylaxe.html>), mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin zu besprechen.
- Nicht bezahlt werden spezielle Reiseimpfungen und prophylaktische reisemedizinische Leistungen, zum Beispiel die Gelbfieberimpfung oder die Malariaphylaxe.
- Acht Untersuchungen zur Kontrolle des Gesundheitszustandes und der normalen **Entwicklung von Kindern** im Vorschulalter.
- **Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen** (inklusive Krebsabstrich): werden alle drei Jahre bezahlt, wenn zuvor zwei jährliche Kontrollen ohne Befund gewesen sind; sonst nach Notwendigkeit.
- **Mammografie** zur Erkennung von Brustkrebs:
 - Digitale Mammografie, Mamma-MRI bei Frauen mit mässig oder stark erhöhtem familiärem Brustkrebsrisiko oder mit vergleichbarem individuellem Risiko.
 - Screening-Mammografie alle zwei Jahre für Frauen ab dem vollendeten 50. Altersjahr, wenn die Untersuchung im Rahmen eines kantonalen oder regionalen Programms vorgenommen wird, das bestimmte Auflagen der Qualitätssicherung erfüllt. Nähere Auskünfte erteilen der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin oder sind abrufbar im Internet unter www.swisscancerscreening.ch). Auf der Screening-Mammografie wird keine Franchise erhoben.

- **Vorsorgeuntersuchungen zu Dickdarmkrebs** bei Frauen und Männern zwischen 50 und 69 Jahren. Untersuchungen auf Blutspuren im Stuhl alle 2 Jahre inkl. der notwendigen Laboranalysen oder Dickdarmspiegelungen alle 10 Jahre. Findet die Untersuchung im Rahmen der kantonalen Früherkennungsprogramme statt, wird auf der Leistung keine Franchise erhoben.

Wichtig

All diese Massnahmen dienen der Prävention und werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 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 Krankenversicherung getragen.

→ bei Mutterschaft

- **Schwangerschaft:** Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für sieben Routinekontrollen während der Schwangerschaft bei einem Arzt, einer Ärztin oder einer Hebamme, sowie für zwei Ultraschalluntersuchungen (eine zwischen der 12. bis 14., eine weitere zwischen der 20. bis 23. Schwangerschaftswoche). Im Fall einer Risikoschwangerschaft werden so viele (Ultraschall-) Untersuchungen wie nötig übernommen.
- Sie vergütet den Ersttrimestertest zur pränatalen Abklärung des Risikos von Trisomien 21, 18 und 13 anhand der Messung der Nackentransparenz in der Ultraschalluntersuchung (12. – 14. Schwangerschaftswoche) sowie der Bestimmung von bestimmten Faktoren im mütterlichen Blut und weiterer mütterlicher und fötaler Faktoren (u.a. Alter der Mutter).
- Ein Trisomie-Test (nichtinvasiver Pränatal-Test NIPT) wird übernommen zur Untersuchung auf Trisomie 21, 18 oder 13 ab der 12. Schwangerschaftswoche, wenn ein erhöhtes Risiko von Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt. Ein erhöhtes Risiko liegt vor, wenn dieses 1:1000 oder höher ist. Ein positives Resultat im NIPT sollte in einer Fruchtwasseruntersuchung bestätigt werden.
- An Kurse zur **Geburtsvorbereitung**, die von Hebammen oder Organisationen der Hebammen einzeln oder in Gruppen durchgeführt werden, oder für ein Beratungsgespräch mit der Hebamme oder einer Organisation der Hebammen bezahlt die obligatorische Krankenpflegeversicherung 150 Franken.
- **Geburt:** Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten einer Geburt zu Hause, in einem Spital oder in einem Geburtshaus, sofern die letztgenannten beiden Einrichtungen auf der Spitalliste des Wohnkantons stehen (siehe hierzu Seiten 6/7 zur Hospitalisierung). Die Versorgung durch einen Arzt, eine Ärztin oder eine Hebamme gehört zur Leistung.
- **Nach der Geburt** übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung:
 - eine **Nachkontrolle** zwischen der 6. und 10. Woche bei einem Arzt, einer Ärztin oder einer Hebamme;
 - die Kosten von maximal drei **Stillberatungen**, die von Hebammen, Organisationen der Hebammen oder speziell ausgebildeten Pflegefachpersonen durchgeführt werden;

- die Betreuung im Wochenbett im Rahmen von Hausbesuchen durch Hebammen und Organisationen der Hebammen zur Pflege und zur Überwachung des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind. In den 56 Tagen nach einer Frühgeburt, einer Mehrlingsgeburt, bei Erstgebärenden und nach einem Kaiserschnitt werden höchstens 16 Hausbesuche vergütet, in allen anderen Fällen höchstens 10 Hausbesuche. In den ersten 10 Tagen nach der Geburt kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen im Rahmen der Hausbesuche zusätzlich an höchstens 5 Tagen einen zweiten Besuch machen. Für Hausbesuche, die zusätzlich in den 56 Tagen nach der Geburt oder die nach den 56 Tagen nach der Geburt durchgeführt werden, ist eine ärztliche Verordnung notwendig.
- Eine Kontrolle nach Fehlgeburt oder medizinisch indiziertem Schwangerschaftsabbruch ab der 13. bis zur vollendeten 23. Schwangerschaftswoche.

→ 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, das heisst sie gehen zu Lasten der Versicherung der Mutter (ohne Kostenbeteiligung). Wird aber das Neugeborene krank, dann gehen die Kosten zu Lasten des Versicherers des Neugeborenen (mit Kostenbeteiligung).

→ bei Physiotherapie

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

—> an Brillen und Kontaktlinsen

Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr bezahlt die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag von 180 Franken pro Jahr an ärztlich verordnete Brillengläser und Kontaktlinsen. Bei sehr starken Sehfehlern oder beim Vorliegen von bestimmten Erkrankungen wie beispielsweise krankheitsbedingten Refraktionsänderungen, Anpassungen nach Operationen oder Hornhauterkrankungen, übernimmt die Versicherung – unabhängig vom Alter der versicherten Person – höhere Beiträge an ärztlich verordnete 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 (*siehe Seite 13*).

—> an Hilfsmittel und Apparate

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

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

—> bei Zahnbehandlungen

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

—> bei einem Unfall

- Wenn Sie mindestens 8 Stunden in der Woche beim selben Arbeitgeber arbeiten, sind Sie bei diesem 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. Bei einem Unfall muss Ihre Krankenversicherung die gleichen Leistungen erbringen wie im Falle einer Krankheit.

—> an Badekuren

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

—> an Pflege zu Hause (Spitex) oder in Pflegeheimen

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

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

Die Beiträge an die Pflegekosten unterliegen wie die übrigen Leistungen der Krankenversicherung der Kostenbeteiligung (siehe Seite 13). Die Kosten für Haushalthilfen (z.B. Kochen, Putzen, Einkaufen) oder den eigentlichen Aufenthalt in Pflegeheimen (d.h. Kost und Logis) übernimmt demgegenüber die obligatorische Krankenpflegeversicherung 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: <https://www.ahv-iv.ch/de/Merkblätter-Formulare/Merkblätter/Ergänzungsleistungen-zur-AHV-und-IV>).

—> 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 obligatorische Krankenpflegeversicherung die Hälfte bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von 500 Franken.
- An die Rettung von Personen in Lebensgefahr (z.B. nach einem Bergunfall oder bei einem Herzinfarkt) bezahlt die Versicherung ebenfalls die Hälfte, jedoch bis maximal 5000 Franken pro Jahr (gilt nur für die Schweiz).

—→ **bei einer notwendigen Behandlung in einem EU/EFTA-Staat und in UK**

In EU-/EFTA-Ländern und in UK haben Sie mit der europäischen Krankenversicherungskarte, die Sie von Ihrem Krankenversicherer erhalten haben, Anspruch auf alle Sachleistungen, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen. Sie haben Anspruch auf Vergütung der gleichen Leistungen wie die in diesem Land versicherten Personen (z.B. Ärzte/Ärztinnen, Spitäler, Transporte). 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 (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Leistungen-im-Ausland/Behandlungen-im-Ausland-fuer-Versicherte-mit-Wohnsitz-in-der-Schweiz.html>).

Versicherte mit Wohnsitz in einem EU-Land, in Island, Norwegen oder UK finden weitere Informationen unter: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/informationen-fuer/auswanderer.html>).

—→ **bei einer Notfallbehandlung in einem Staat ausserhalb der EU/EFTA und ausserhalb von UK**

Bei Notfallbehandlung in einem Staat ausserhalb der EU/EFTA und ausserhalb von UK, beispielsweise im Falle einer Erkrankung während der Ferien, bezahlt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten bis zum doppelten Betrag, den sie für die gleiche Behandlung in der Schweiz vergüten würde. Im Fall von stationären Behandlungen bedeutet dies, dass sie 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). Eine zusätzliche Reiseversicherung kann notwendig sein für bestimmte Länder (z.B. USA, Australien, Asien), wo die Gesundheits- und Transportkosten höher liegen. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Versicherer.

Die Krankenversicherung übernimmt 50 % der medizinisch notwendigen Transportkosten bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von 1'000 Franken.

—> wenn ich in einem EU-/EFTA-Staat oder in UK wohne

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

Wichtig

Für alle Beispiele der obigen Liste gilt: Die Behandlungen werden allein von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 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». Diese ist im Voraus sowie in der Regel monatlich zu bezahlen. Gemäss einer seit dem 3. Dezember 2015 gültigen Rechtsprechung des Bundesgerichts, zum Beginn und Ende der Versicherung, wird diese taggenau berechnet und nicht mehr für den ganzen Monat. Die Krankenkassen bieten reduzierte Prämien für Kinder und Jugendliche (bis zum vollendeten 18. Altersjahr) und junge Erwachsene (vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr) an. Die Prämien sind unabhängig vom Einkommen einer Person, variieren aber von Kasse zu Kasse und von Kanton zu Kanton bzw. von Land zu Land bei Wohnsitz in einem EU-Staat, in Island, Norwegen oder UK. Innerhalb eines Kantons, eines EU-/EFTA-Staates oder innerhalb von UK können die Kassen maximal drei regionale Abstufungen machen. Für alle Versicherten gilt die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) vorgegebene einheitliche Einteilung der kantonalen Prämienregionen. Personen, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, haben Anspruch auf eine Verbilligung der Krankenversicherungsprämien (siehe 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). Ausnahme (Medikamente): der Selbstbehalt für Arzneimittel, die durch in einem bestimmten Ausmass günstigere Arzneimittel austauschbar sind, beträgt 40 Prozent. Es können Originalpräparate und Generika mit einem erhöhten Selbstbehalt belegt sein. Ihr Arzt/Ihre Ärztin oder Ihr Apotheker/Ihre Apothekerin können Ihnen diesbezüglich nähere Auskunft erteilen. Die ordentliche Kostenbeteiligung beträgt somit maximal 1000 Franken pro Jahr für Erwachsene und 350 Franken für Kinder und Jugendliche.

Achtung

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

Beispiel

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

Mutterschaft

Auf den Kosten der spezifischen Mutterschaftsleistungen (*siehe Seite 8*) wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Ausserdem müssen sich Frauen ab der 13. Schwangerschaftswoche und bis acht Wochen nach der Geburt nicht mehr an den Kosten für allgemeine medizinische Leistungen beteiligen. Sie müssen sich auch nicht mehr an den Behandlungskosten von unabhängig von der Schwangerschaft auftretenden Krankheiten beteiligen.

Mammografie

Bei der Screening-Mammografie zwecks Früherkennung von Brustkrebs, die im Rahmen eines kantonalen oder regionalen Programms durchgeführt wird (*siehe Seite 8*), wird keine Franchise erhoben. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin oder Ihrer Krankenkasse.

Darmkrebsvorsorge

Bei Untersuchungen im Rahmen der Früherkennungsprogramme (*siehe Seite 8*) wird auf der Leistung keine Franchise erhoben.

Aufenthalt im Spital

Pro Spitaltag muss ein Spitalbeitrag von 15 Franken bezahlt werden. Seit 1.1.2022 muss am Austrittstag und während den Urlaubstagen kein Spitalbeitrag entrichtet werden. Keinen Beitrag zu entrichten haben Kinder bis 18 Jahre, junge Erwachsene bis 25 Jahre, die in Ausbildung sind, und Frauen für Leistungen bei Mutterschaft. Der Spitalbeitrag ist betraglich nicht limitiert.

Achtung

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

Wie kann ich bei den Prämien sparen?

→ Vergleichen Sie die Angebote

Der Leistungsumfang ist bei allen Versicherern derselbe: Ein Kassenwechsel hat somit keine Auswirkungen auf Ihre obligatorische Versicherungsdeckung. Unterschiede kann es allenfalls beim gebotenen «Service» geben. Ausserdem gibt es Kassen, bei denen Sie die Medikamentenkosten zuerst selber bezahlen müssen. Aber jede Kasse ist verpflichtet, Sie aufzunehmen.

Prämienübersicht

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

Kündigungsfristen

- Falls Sie die Grundversicherung mit der obligatorischen Franchise von 300 Franken abgeschlossen haben, können Sie sie mit einer Frist von drei Monaten immer auf Ende Juni und Dezember kündigen. Damit die Kündigung gültig ist, muss sie spätestens am 31. März beziehungsweise am 30. September bei der Krankenkasse eingetroffen sein (*siehe Musterbrief 1, Seite 26*).
- 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, das heisst Ihre Kündigung muss spätestens bis 30. September bei der Krankenkasse eingetroffen sein (*siehe Musterbrief 1, Seite 26*).
- Bei Mitteilung einer neuen Prämie können Sie den Versicherer mit einer nur einmonatigen Kündigungsfrist auf Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht, unabhängig davon, ob die neue, vom BAG genehmigte Prämie, erhöht wurde oder ob Sie eine Versicherung mit HMO-, Hausarzt-Modell, Modell mit vorgängiger telefonischer Beratung oder Wahlfranchise abgeschlossen haben. Der Krankenversicherer muss Ihnen die neue Prämie mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen. Er ist ausserdem verpflichtet, Sie bei der Mitteilung der Prämie auf Ihr Kündigungsrecht hinzuweisen (*siehe Musterbrief 1, Seite 26*).
- Der Wechsel zu einer anderen Franchise oder zu einer anderen Versicherungsform (HMO- oder Hausarztmodell, Modell mit vorgängiger telefonischer Beratung) ist nur auf Anfang Jahr möglich (*siehe Musterbrief 2, Seite 26*).
- Der Wechsel von einer Wahlfranchise zur ordentlichen Franchise (300 Franken) oder zu einer tieferen Wahlfranchise muss dem Versicherer spätestens bis zum 30. November mitgeteilt werden. Der Wechsel zu einer höheren Franchise kann hingegen bis Ende Dezember mitgeteilt werden. Ein Wechsel des Versicherungsmodells muss bis zum 30. November beantragt werden.

Beispiel

Wenn Sie Ihren bisherigen Versicherer für die Grundversicherung per 1. Januar wechseln möchten, muss er Ihre Kündigung bis spätestens am 30. November erhalten haben. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Prämie erhöht wurde oder Sie eine besondere Versicherungsform (Gesundheitsnetzwerk, HMO, Hausarztmodell, telemedizinische Beratung, wählbare Franchise, Bonusversicherung) abgeschlossen haben. Ausschlaggebend ist, dass der Krankenversicherer Ihnen die neue, vom BAG genehmigte Prämie vor dem 31. Oktober mitgeteilt hat.

Wichtig

Kündigen Sie rechtzeitig (*siehe Musterbrief 1, Seite 26*)! Ihr Krankenversicherer muss die Kündigung vor Ablauf der Kündigungsfrist erhalten haben. Nicht der Poststempel der Kündigung ist massgebend, sondern das Datum, an welchem die Kündigung bei der Krankenkasse eintrifft. Es wird empfohlen, die Kündigung bis Mitte März bzw. Mitte November eingeschrieben zu senden. 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 im Vergleich zu dem bieten, was die Grundversicherung bereits umfasst.

Wichtig

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

Kündigungsfrist

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

—→ **Wählen Sie eine besondere Versicherungsform**

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

Einschränkung der Arzt- und Spitalwahl

Sie können Prämien sparen, wenn Sie sich einer sogenannten HMO-Versicherung (= Health Maintenance Organization) oder einem Hausarzt-Modell anschliessen. Dabei 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 oder Ihrer Hausärztin zu gehen, der/die dann entscheidet, ob Sie allenfalls von einer Spezialistin oder einem Spezialisten behandelt werden müssen (Ausnahme bei Notfällen). Beachten Sie hierzu die Versicherungsbedingungen (siehe *Prämienübersicht des BAG/Verzeichnis der zugelassenen Versicherer, Seite 24*).

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

Wahl einer höheren Franchise

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

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

Prämienrabatte für die Wahlfranchisen

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

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

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 % höher als die ordentliche Prämie. Die Prämie kann innerhalb von 5 Jahren auf 45 Prozent der Ausgangsprämie sinken.

Weitere Versicherungsmodelle

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

Vorsicht

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

—> **Schliessen Sie die Unfaldeckung aus, ...**

... wenn Sie mindestens 8 Stunden pro Woche arbeiten und durch Ihren Arbeitgeber gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert sind (*siehe Musterbrief 3, Seite 26*).

—> **Sistieren Sie Ihre Krankenversicherung bei länger dauernder Dienstpflicht**

Während Diensten, die länger als 60 aufeinanderfolgende Tage dauern (z.B. RS, Zivildienst oder Zivilschutz) kann die Versicherung sistiert werden. Die Militärversicherung deckt während der Dienstzeit die Risiken Krankheit und Unfall ab.

Was kann ich tun bei Differenzen mit meinem Versicherer?

—> **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 (*siehe Seite 24*).

—> Verlangen Sie eine schriftliche Verfügung

Von Ihrer Krankenkasse können Sie eine schriftliche Verfügung verlangen, in der Sie neben einer Begründung des Entscheides auch Informationen über Ihre Rechtsmittel erhalten (*siehe Musterbrief 4, Seite 26*).

—> Erwägen Sie eine Einsprache

Innerhalb von 30 Tagen können Sie formell (*mündlich oder besser schriftlich: siehe Musterbrief 5, Seite 26*) bei Ihrer Kasse Einsprache gegen deren Verfügung erheben. 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 gegen den Einspracheentscheid Ihrer Kasse einreichen. Ebenfalls Beschwerde einreichen können Sie, wenn die Krankenkasse es unterlässt, Ihnen die gewünschte Verfügung oder den Einspracheentscheid zuzustellen.

Wichtig

Bei leistungsbezogenen Streitfällen ist das Verfahren kostenlos. Beschwerde beim kantonalen Versicherungsgericht können Sie nur einreichen, wenn Sie vorgängig bei der Krankenkasse formell (mündlich oder schriftlich) Einsprache erhoben haben.

—> Zu guter Letzt ...

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

Adressen

Für die Prämienverbilligung zuständige Stellen

1. Kantonale Stellen

Kanton	Adresse	Kontakt
AG Aargau	SVA Aargau Kyburgstrasse 15 5001 Aarau	T 062 836 81 81 info@sva-ag.ch www.sva-ag.ch/pv
AI Appenzell- Innerrhoden	Gesundheitsamt Hoferbad 2 9050 Appenzell	T 071 788 92 50 info@gsd.ai.ch www.ai.ch
AR Appenzell- Ausserrhoden	Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden Neue Steig 15 9102 Herisau	T 071 354 51 51 www.sovar.ch
BE Bern	Amt für Sozialversicherungen Prämienverbilligung Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	T 031 636 45 00 asv.pvo@be.ch www.asv.dij.be.ch
BL Basel-Landschaft	SVA Basel-Landschaft Hauptstrasse 109 4102 Binningen	T 061 425 25 25 F 061 425 25 00 info@sva-bl.ch www.sva-bl.ch
BS Basel-Stadt	Kanton Basel-Stadt Amt für Sozialbeiträge Prämienverbilligung Grenzacherstrasse 62 4005 Basel	T 061 267 87 11 F 061 267 86 44 asb-pv@bs.ch www.asb.bs.ch
FR Freiburg	Ausgleichskasse des Kantons Freiburg Impasse de la Colline 1 Postfach 176 1762 Givisiez	T 026 426 77 00 www.caisseavsfr.ch
GE Genf	Service de l'assurance maladie Route de Frontenex 62 1207 Genève	T 022 546 19 00 sam@etat.ge.ch www.ge.ch
GL Glarus	Kantonale Steuerverwaltung Abteilung IPV Hauptstrasse 11 8750 Glarus	T 055 646 61 55 ipv@gl.ch www.gl.ch
GR Graubünden	SVA Graubünden Ottostrasse 24 7000 Chur	T 081 257 41 11 F 081 257 42 22 info@sva.gr.ch www.sva.gr.ch
JU Jura	Caisse de compensation du canton du Jura Case postale 2350 Saignelégier	T 032 952 11 11 amal@ecasju.ch www.ecasjura.ch
LU Luzern	WAS Wirtschaft Arbeit Soziales Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	T 041 209 01 51 ipv@was-luzern.ch www.was-luzern.ch/ak
NE Neuenburg	Service de l'action sociale Espace de l'Europe 2 Case postale 752 2002 Neuchâtel	T 032 889 85 02 F 032 889 60 89 Service.ActionSociale@ne.ch www.ne.ch
NW Nidwalden	Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 88 Postfach 6371 Stans	T 041 618 51 00 F 041 618 51 01 info@aknw.ch www.aknw.ch
OW Obwalden	Volkswirtschaftsdepartement Prämienverbilligung St. Antonistrasse 4 6060 Sarnen	T 041 666 63 05 praemienverbilligung@ow.ch www.ipv.ow.ch

SG St. Gallen	SVA St. Gallen Brauerstrasse 54 9016 St. Gallen	T 071 282 61 91 www.svasg.ch/ipv
SH Schaffhausen	SVA Schaffhausen Oberstadt 9 8200 Schaffhausen	T 052 632 61 11 www.svash.ch
SO Solothurn	Ausgleichskasse des Kantons Solothurn Allmendweg 6 4528 Zuchwil	T 032 686 22 00 info@akso.ch www.akso.ch
SZ Schwyz	Ausgleichskasse Schwyz Abteilung Leistungen (KVG) Postfach 53 6431 Schwyz	T 041 819 04 25 ipv@aksz.ch www.aksz.ch
TG Thurgau	Krankenkassenkontrollstelle der Wohngemeinde oder Amt für Gesundheit Promenadenstrasse 16 8510 Frauenfeld	T 058 345 68 40 gesundheit@tg.ch www.gesundheit.tg.ch
TI Tessin	Ufficio delle prestazioni Servizio sussidi assicurazione malattia Viale Stazione 28a 6500 Bellinzona	T 091 821 93 11 F 091 821 92 99 sussidi@ias.ti.ch www.ti.ch
UR Uri	Amt für Gesundheit Klausenstrasse 4 6460 Altdorf	T 041 875 22 42 praemienverbilligung@ur.ch www.ur.ch/praemienverbilligung
VD Waadt	Office vaudois de l'assurance-maladie Rte des Plaintes-du-Loup 1 1014 Lausanne	T 021 557 47 47 www.vd.ch/ovam
VS Wallis	Ausgleichskasse des Kantons Wallis Abteilung Subventionen Av. Pratiferi 22 1950 Sitten	T 027 324 91 11 subvention@avs.vs.ch www.avs.vs.ch
ZG Zug	Ausgleichskasse Zug Baarerstrasse 11 Postfach 6302 Zug	T 041 560 47 00 info.ipv@akzug.ch www.akzug.ch/ipv
ZH Zürich	SVA Zürich Röntgenstrasse 17 Postfach 8087 Zürich	T 044 448 53 75 www.svazurich.ch/ipv

2. Gemeinsame Einrichtung

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

Institution	Adresse	Kontakt
Gemeinsame Einrichtung KVG	Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 pv@kvg.org www.kvg.org

Kantonale Stellen für Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht.

Kanton	Adresse	Kontakt
AG Aargau	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
AI Appenzell- Innerrhoden	Gesundheits- und Sozialdepartement Hoferbad 2 9050 Appenzell	T 071 788 92 50 info@gsd.ai.ch www.ai.ch
AR Appenzell- Ausserrhoden	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
BE Bern	Amt für Sozialversicherungen Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	T 031 636 45 00 asv.vp@be.ch www.asv.dij.be.ch
BL Basel-Landschaft	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
BS Basel-Stadt	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
FR Freiburg	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes Grenzgänger/innen: Amt für Gesundheit Route des Cliniques 17 1700 Freiburg	T 026 305 29 13 F www.fr.ch/ssp
GE Genf	Service de l'assurance maladie Route de Frontenex 62 1207 Genève	T 022 546 19 13 sam@etat.ge.ch www.ge.ch
GL Glarus	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
GR Graubünden	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenz- gänger/in)	
JU Jura	Caisse de compensation du Jura Case postale 2350 Saignelégier	T 032 952 11 11 www.caisseavsjura.ch
LU Luzern	WAS Wirtschaft Arbeit Soziales Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	T 041 375 05 05 kv@was-luzern.ch www.was-luzern.ch/ak
NE Neuenburg	Office de l'assurance maladie Espace de l'Europe 2 Case postale 716 2002 Neuchâtel	T 032 889 66 30 F 032 722 03 66 ocab@ne.ch www.ne.ch
NW Nidwalden	Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 88 Postfach 6371 Stans	T 041 618 51 00 F 041 618 51 01 info@aknw.ch www.aknw.ch
OW Obwalden	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
SG St. Gallen	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenz- gänger/in)	
SH Schaffhausen	SVA Schaffhausen Oberstadt 9 8200 Schaffhausen	T 052 632 61 11 www.svash.ch
SO Solothurn	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org

SZ Schwyz	Ausgleichskasse Schwyz Abteilung Leistungen (KVG) Postfach 53 6431 Schwyz	T 041 819 04 25 info@aksz.ch www.aksz.ch
TG Thurgau	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenz- gänger/in) Amt für Gesundheit Promenadenstrasse 16 8510 Frauenfeld	T 058 345 68 40 gesundheit@tg.ch www.gesundheit.tg.ch
TI Tessin	Ufficio dei contributi Settore obbligo assicurativo Via Ghiringhelli 15a 6500 Bellinzona	T 091 821 91 11 obbligo@ias.ti.ch www.ti.ch
UR Uri	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
VD Waadt	Office vaudois de l'assurance-maladie Rte des Plaintes-du-Loup 1 1014 Lausanne	T 021 557 47 47 www.vd.ch
VS Wallis	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenz- gänger/in)	
ZG Zug	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 info@kvg.org www.kvg.org
ZH Zürich	SVA Zürich Röntgenstrasse 17 Postfach 8087 Zürich	T 044 448 88 90 svazurich.ch

Verzeichnis der Krankenversicherer

Ein Adressverzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer finden Sie in der aktuellen Prämienübersicht des Bundesamtes für Gesundheit (*siehe Seite 27*) und im Internet unter: www.priminfo.ch (Rubrik: «Zahlen und Fakten»)

Verzeichnis HMO-Standorte / Einzugsgebiete Hausarztnetze

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

Weitere Adressen

- **Ombudsstelle Krankenversicherung**, Postfach 519, 6002 Luzern, Tel. 041 226 10 10, (Beratung und Vermittlung in Streitfällen; keine allgemeine Versicherungsberatung), Internet: www.om-kv.ch.
- **SPO Patientenorganisation**, Nordstrasse 31, 8006 Zürich. Tel. 044 252 54 22, Internet: www.spo.ch.
- **Stiftung für Konsumentenschutz**, Nordring 4, Postfach, 3001 Bern, Tel. 031 370 24 24, Internet: www.konsumentenschutz.ch.
- **Schweizerisches Konsumentenforum** kf, Belpstrasse 11, 3007 Bern, Tel. 031 380 50 30, Internet: www.konsum.ch
- **Dachverband Schweizerischer Patientenstellen**, Hofwiesenstrasse 3, Postfach 8042 Zürich, Tel. 044 361 92 56, Internet: www.patientenstelle.ch.

Musterbriefe

1 Maria Muster
Spitalweg 6
3000 Bern

2 Versichertennummer: 12.3456789.0

Einschreiben

3 Krankenkasse Sanissima
Postfach
3000 Bern

Bern, 15. Oktober *[Jahr]*

**Betrifft: Obligatorische Krankenpflegeversicherung:
Wechsel des Versicherers**

Sehr geehrte Damen und Herren

4 Hiermit kündige ich meine obligatorische Krankenpflegeversicherung per 31.12. *[Jahr]* und werde ab dann bei einem anderen Krankenversicherer nach KVG versichert sein.

Mit freundlichen Grüssen

M. Muster

Beilagen: ...

1 Ihr Vorname, Name und Adresse

3 Name/ Adresse Ihrer Krankenkasse

2 Ihre Versichertennummer
(gemäss Versicherungsausweis)

4 Wahlweise Text 1 bis 5 einfügen

Wahlweise Text 1 bis 5, je nach Situation

1 **Obligatorische Krankenpflegeversicherung:**

Wechsel des Versicherers

Hiermit kündige ich meine obligatorische Krankenpflegeversicherung per *[Datum]* und werde ab dann bei einem anderen Krankenversicherer nach KVG versichert sein.

2 **Obligatorische Krankenpflegeversicherung:**

Änderung der Franchise

Ich bitte Sie zur Kenntnis zu nehmen, dass ich per 1. Januar *[Jahr]* meine Franchise in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf Fr. *[Betrag]* festsetzen möchte.

3 **Gesuch um Sistierung der Unfalldeckung (gem. Art. 8 KVG)**

Ich möchte Sie bitten, die Unfalldeckung in meiner obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu sistieren. Eine Bestätigung meines Arbeitgebers, dass ich gemäss UVG gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert bin, habe ich Ihnen beigelegt.

Beilage: Bestätigung des Arbeitgebers

4 **Erlas einer schriftlichen Verfügung**

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

Beilage: Kopie Ihres Entscheides *[nicht zwingend nötig]*.

5 **Einsprache**

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

Beilagen:

– Kopie Ihrer Verfügung *[nicht zwingend nötig]*

– falls vorhanden: Belege zur Stützung der Argumente

Weitere Informationen

Prämienübersicht

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

Bundesamt für Gesundheit
Prämien-Service
3003 Bern

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

Krankenversicherungsgesetz

Der Text des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und der dazugehörenden Verordnungen kann via Internet abgerufen werden (www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-versicherungen/gesetzgebung-krankenversicherung/kvg.html) oder beim Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL) bestellt werden (Bestellnummer 832.10.D): BBL, Vertrieb Bundespublikationen, 3003 Bern, Internet: www.bundespublikationen.admin.ch/de.

«Spezialitätenliste» inkl. Generikalliste sowie Arzneimittelliste mit Tarif

Die Listen der Medikamente, die Pflichtleistungen für die Krankenkassen sind «[Spezialitätenliste](#)» inkl. Generikalliste und die «Arzneimittelliste mit Tarif», sind via Internet abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html>

Mittel- und Gegenständelliste («MiGeL»)

Die Mittel- und Gegenständelliste («MiGeL») ist via Internet abrufbar unter www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Mittel-und-Gegenstaendelliste.html

Index/ Stichwortverzeichnis

- Arzt** 6, 7, 8, 9, 10, 12
Ausland 4, 12

Badekur 11
Beschwerde 19
Bonus-Versicherung 18
Brille 10

Chiropraktor 10

Diabetes 6

Einsprache 19, 26
Ergotherapie 6
Ernährungsberatung 6
EU/EFTA/UK 4, 5, 12, 13

Franchise 13, 14, 15, 17, 26

Geburt 5, 9
Geburtsvorbereitung 9
Generika 7, 13, 27
Grundversicherung 15, 16

Hausarzt-Modell (HAM) 15, 16, 24
Hilfsmittel und Apparate 10
HMO 15, 16, 24

Impfung 7

Kontaktlinsen 10
Kostenbeteiligung 9, 11, 13
Krankenversicherungsgesetz / KVG 27
Kündigungsfrist 15, 16

Logopädie 6

Mammografie 8, 14
Medikamente 6, 7, 11, 13, 15
Mittel- und Gegenständeliste 10, 27
Mutterschaft 8, 9, 14

Nachkontrolle 9
Neugeborene 5, 9
Notfallbehandlung 12

Pflegeheim 6, 11
Physiotherapie 6, 9, 11
Prämie 13, 15, 16, 17, 27
Prämienrabatt 17
Prämienübersicht 15, 27
Prämienverbilligung 13, 20
Prävention 7, 8
Psychotherapie 6

Rettung 11

Selbstbehalt 13
Spezialitätenliste 7, 27
Spital 6, 9, 12, 14, 17
Spitex 6, 11
Stillberatung 9

Transport 11, 12

Unfall 10, 11, 18
Unfalldeckung 17, 18, 26

Versicherungspflicht 17, 18, 26

Zahnbehandlung 10
Zusatzversicherung 6, 13, 16

Impressum

Herausgeber

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Versicherungsaufsicht

Kontakt

Bundesamt für Gesundheit BAG
Postfach
CH-3003 Bern
KV@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch/krankenversicherung

Publikationszeitpunkt

Februar 2024

Bestelladresse

BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch
Bestellnummer: 316.950.d

Sprachversionen

Diese Publikation ist in deutscher, französischer,
italienischer und englischer Sprache verfügbar.

Digitale Version

Alle Sprachvarianten dieser Publikation stehen als PDF unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html> zur Verfügung.

