



KSM

Krankenkasse Schweizerischer Metallbaufirmen

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Einzeltaggeldversicherung nach KVG

Ausgabe 2012

Inhaltsverzeichnis

I Allgemeines	Seite 3	IV Prämien	Seite 6
Art. 1 Art und Zweck der Versicherung	Seite 3	Art. 22 Prämienzahlung	Seite 6
Art. 2 Lesbarkeit	Seite 3	Art. 23 Anpassung des Prämientarifs	Seite 6
Art. 3 Rechtliche Grundlagen	Seite 3	Art. 24 Prämienabrechnung	Seite 6
II Versicherungsverhältnis	Seite 3	V Weitere Pflichten	Seite 7
Art. 4 Beginn der Versicherungsdeckung	Seite 3	Art. 25 Weitere Pflichten des Versicherten	Seite 7
Art. 5 Versicherungsausweis	Seite 3		
Art. 6 Versicherungsdeckung	Seite 3	VI Verschiedene Bestimmungen	Seite 7
Art. 7 Versicherte Person	Seite 3	Art. 26 Leistungen Dritter	Seite 7
Art. 8 Dauer der Leistungen	Seite 4	Art. 27 Überentschädigung und Überversicherung	Seite 7
Art. 9 Beitritt mit Risikoprüfung	Seite 4	Art. 28 Verrechnung	Seite 8
Art. 10 Beginn des Vertrages	Seite 4	Art. 29 Abtretung und Verpfändung der Leistungen	Seite 8
Art. 11 Vertragsende	Seite 4	Art. 30 Mitteilungen	Seite 8
Art. 12 Übertritt in die Einzelversicherung aus der Kollektivversicherung	Seite 4	Art. 31 Inkrafttreten und Änderungen der Allgemeinen Bedingungen	Seite 8
III Leistungen	Seite 4		
Art. 13 Leistungsvoraussetzungen	Seite 4		
Art. 14 Berechnung des Taggeldes	Seite 5		
Art. 15 Auszahlung	Seite 5		
Art. 16 Wartefristen	Seite 5		
Art. 17 Verzicht	Seite 5		
Art. 18 Einschränkung der Versicherungsdeckung	Seite 5		
Art. 19 Medizinischer Vorbehalt	Seite 5		
Art. 20 Taggeldleistungen bei Mutterschaft	Seite 5		
Art. 21 Leistungen im Ausland	Seite 6		

I Allgemeines

Art. 1 Art und Zweck der Versicherung

1. Die KSM Versicherung / Krankenkasse Schweizerischer Metallbauern (nachfolgend KSM genannt) führt die freiwillige Taggeldversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) durch.
2. Sie versichert ganz oder teilweise die wirtschaftlichen Folgen einer Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft.

Art. 2 Lesbarkeit

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit finden nur die männliche Formen Verwendung. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlechter.

Art. 3 Rechtliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen des Vertrages bestehen aus:

1. Bundesrecht
2. Kantonalem Recht
3. Statuten
4. Allgemeinen Versicherungsbedingungen
5. Vereinbarungen der Police, allfälligen Zusatz- oder Besonderen Bedingungen
6. Allfälligen Nachträgen
7. Allfälligen schriftlichen Erklärungen im Antrag
8. Allfälligen medizinischen Fragebögen

II Versicherungsverhältnis

Art. 4 Beginn der Versicherungsdeckung

Die Versicherungsdeckung beginnt mit Inkrafttreten der Versicherung. Das Datum des Inkrafttretens ist auf dem Versicherungsausweis aufgeführt.

Art. 5 Versicherungsausweis

Erfolgt die Aufnahme des Antragstellers aufgrund eines medizinischen Fragebogens, so erstellt die KSM einen Versiche-

rungsausweis, auf dem namentlich das Versicherungsprodukt des Versicherten sowie das Inkrafttreten aufgeführt sind.

Art. 6 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 bis zur im Vertrag vorgesehene Deckung. Der höchstversicherbare Jahresverdienst, entspricht dem UVG-Maximum pro Person.

Art. 7 Versicherte Person

1. Die versicherte Person ist im Versicherungsausweis aufgeführt.
2. Personen, welche ihren Anspruch auf Leistungen aus einer 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. Personen, die von einem anderen Unternehmen lediglich ausgeliehen wurden, sind nicht versicherbar.

Art. 8 Dauer der Leistungen

1. Das Taggeld wird während maximal 730 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen für eine oder mehrere Arbeitsunfähigkeiten entrichtet.
2. Die Tage, während denen der Versicherte Taggelder vom Vorversicherer erhalten hat, werden auf die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.

Art. 9 Beitritt mit Risikoprüfung

1. Jede Person, die sich einer Risikoprüfung unterziehen muss, hat den medizinischen Fragebogen wahrheitsgetreu auszufüllen. 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 versichernden 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.

Art. 10 Beginn des Vertrages

Der Beginn des Vertrages wird in diesem selbst festgelegt.

Art. 11 Vertragsende

1. Der Ablauf ist jeweils auf den 31. Dezember eines Kalenderjahres festgelegt.
 2. Bei Ablauf des Vertrags verlängert sich der Vertrag jeweils stillschweigend um ein Jahr, sofern bis spätestens 30. September des Kalenderjahres kein Kündigungsschreiben bei der KSM eingegangen ist. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.
 3. Der Vertrag kann gekündigt werden (Ausschluss), wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte zum Nachteil der KSM seine Pflichten wiederholt und trotz vorangegangener Androhung des Ausschlusses durch die KSM oder einmalig in schwerer Weise verletzt hat.
 4. Bei Einzelversicherten kann die Versicherung den Versicherten unter Einhaltung einer einmonatigen Frist auf das Ende eines Monats gekündigt werden. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und innert der vorgeschriebenen Frist bei der KSM eintreffen.
- a) mit dem Erlöschen des Vertrags
 - b) mit dem Tod des Versicherten
 - c) bei der Ausschöpfung des Leistungsanspruchs
 - d) am Ende des Monats, in dem der Versicherte das 65. Altersjahr vollendet 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) mit dem Ausschluss eines Versicherten

Unter Vorbehalt des Übertrittsrechts in die Einzelversicherung ausserhalb der bisherigen betrieblichen Versicherung enden die Versicherungsdeckung und der Leistungsanspruch für jeden Versicherten:

- a) mit dem Erlöschen des Vertrags

Art. 12 Übertritt in die Einzelversicherung aus der Kollektivversicherung

1. Allfällige im Rahmen des Kollektivvertrags festgelegte Vorbehalte werden beim Übertritt in die Einzelversicherung aufrechterhalten.
2. Bereits in der Kollektivversicherung bezogene Leistungen werden auf diejenigen der Einzelversicherung angerechnet.

III Leistungen

Art. 13 Leistungsvoraussetzungen

1. Das Taggeld wird bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% erbracht.
2. Die Höhe des versicherten Taggeldes ist auf dem Versicherungsausweis aufgeführt.
3. Der Versicherte hat eine vollständige oder teilweise Arbeitsunfähigkeit innert 5 Tagen ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu melden. Er bescheinigt diese durch ein von einem zugelassenen Arzt ausgestelltes Arbeitsunfähigkeitszeugnis. Bei Wartezeiten von 30 und mehr Tagen kann der Versicherte die KSM innert 15 Tagen ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit informieren.
4. Trifft die Meldung nach Ablauf dieser Frist bei der KSM ein, so gilt der Eingangstag als erster Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der versicherte Taggeldanspruch entsteht frühestens und nach Abzug der Wartezeit ab dem Eingangstag. Findet der erste Arzttermin mehr als 3 Tage nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit statt, behält sich die KSM das Recht vor, diesen Tag als ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zu betrachten.

Art. 14 Berechnung des Taggeldes

1. Die lohnabhängigen Taggeldleistungen bemessen sich wie folgt:
Grundlage ist der letzte vor Krankheitsbeginn bezogene AHV-pflichtige Lohn, einschliesslich noch nicht bezahlter Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht und die versichert sind. Dieser Lohn wird auf ein ganzes Jahr umgerechnet und durch 365 geteilt. Davon werden 80% vergütet. Vorbehalten bleibt das Überentschädigungsverbot.
2. Für Arbeitnehmer mit stark variierendem Lohn gilt der Durchschnitt der letzten 24 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
3. War die versicherte Person vor der Krankheit bei mehr als einem Arbeitgeber tätig, ist nur der beim Versicherungsnehmer erzielte Lohn massgebend.
4. Lohnerhöhungen oder Änderungen des Angestelltenverhältnisses werden in der Taggeldberechnung berücksichtigt. Diese Vereinbarungen müssen vor dem Eintritt der anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit schriftlich vereinbart worden sein.

Art. 15 Auszahlung

1. Das geschuldete Taggeld wird für alle Krankheitstage ausbezahlt (inkl. Sonn- und Feiertage).
2. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird ein entsprechend gekürztes Taggeld ausbezahlt.
3. Die Entschädigung der Arbeitsunfähigkeit kann erst nach Erhalt eines Zwischen- oder Schlusszeugnisses (Wiederaufnahme der Arbeit) erfolgen. Das Zwischenzeugnis muss der KSM monatlich zugestellt werden. Bei Erhalt eines Zwischenzeugnisses wird der Versicherte nur bis zu dem Tag entschädigt, an dem das ärztlich bescheinigte Zeugnis ausgestellt wurde oder längstens bis zum Ende des laufenden Monats.

Art. 16 Wartefristen

1. Das versicherte Taggeld wird nach Ablauf der gewählten Wartefrist ausgerichtet. Tage mit teilweiser Arbeitsunfähigkeit werden für die Berechnung der Wartefrist als ganze Tage angerechnet.
2. Die Wartefrist wird bei jedem Schadenfall angewandt, ausser es handle sich um einen Rückfall. Sind 30 oder mehr Warteta-ge vereinbart, so wird die Wartefrist innerhalb eines Kalenderjahres nur einmal auf die Bezugsdauer angerechnet. Dauert der Schadenfall ununterbrochen länger als 365 Tage an, so ist die Wartefrist nicht erneut zu bestehen.

Art. 17 Verzicht

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

Art. 18 Einschränkung der Versicherungsdeckung

Die Leistungen können gekürzt oder in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert werden:

- a) im Fall einer Überentschädigung
- b) bei Teilnahme an Wagnissen im Sinn des UVG
- c) wenn der Versicherte sich weigert, den Anordnungen der KSM Folge zu leisten, insbesondere sich von einem vom der KSM

bezeichneten medizinischen Experten untersuchen zu lassen oder eine Wiedereingliederungsmassnahme zu befolgen

- d) bei Schadenfällen verursacht durch aktive Teilnahme an kriegerischen Ereignissen

Art. 19 Medizinischer Vorbehalt

1. 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.
2. Vor dem Beitritt erlittene Erkrankungen, Unfälle oder Folgen von Unfällen stehen ebenfalls unter Vorbehalt, wenn Rückfälle erfahrungsgemäss möglich sind.
3. Die angebrachten Vorbehalte werden spätestens nach fünf Jahren aufgehoben. Dem Versicherten 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.

Art. 20 Taggeldleistungen bei Mutterschaft

1. Das Taggeld wird entrichtet, wenn die Versicherte im Zeitpunkt der Niederkunft bereits seit mindestens 270 Tagen ohne Unterbruch von mehr als drei Monaten versichert war und sofern die Schwangerschaft mindestens 23 Wochen gedauert hat oder das Kind lebensfähig ist.
2. Bei 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.

Art. 21 Leistungen im Ausland

In Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) oder der Europäischen Freihandels-Assoziation (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, 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 der Versicherte die Arbeit wieder aufnehmen kann, wird er sowie die KSM umgehend von der Einrichtung des Wohnorts informiert, sobald die Arbeitsunfähigkeit beendet ist.

Ausserhalb EU oder EFTA (mit Ausnahme der Schweiz)

1. Personen, die im Ausland für einen Schweizer Arbeitgeber tätig sind oder dort eine Ausbildung absolvieren und von ihrem Arbeitgeber entlohnt werden, haben Anspruch auf Taggeld. Versicherungsvertrag und Leistungsanspruch enden nach 24 Monaten.
2. Bei einem Auslandsaufenthalt werden nur während eines medizinisch notwendigen Spitalaufenthalts Leistungen erbracht und nur solange die Rückkehr ins Wohnland unmöglich oder unzumutbar ist.
3. In Abweichung zu Absatz 2 gelten für Versicherte, die in einem Gebiet von 50 km ab Grenze wohnhaft sind, die gleichen Leistungsansprüche wie für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz.
4. Ein in der Schweiz wohnhafter Versicherter, der sich für eine kurze Zeit (z. B. Ferien) in einem EU-/EFTA Mitgliedstaat aufhält, 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.
5. Versicherte, 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 keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen.

IV Prämien

Art. 22 Prämienzahlung

1. Prämienschuldner ist der Versicherte.
2. Der Prämienatz 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 der Versicherungsnehmer das Leistungsrecht zurück, und zwar rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Sistierung. Die Prämie ist in diesem Fall während der ganzen Dauer der Sistierung geschuldet.
5. Bezahlt der Versicherte mindestens zwei Prämien nicht fristgerecht, ist die KSM berechtigt, den Vertrag unter 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 den vollen Monat geschuldet.

Art. 23 Anpassung des Prämientarifs

1. Die KSM hat das Recht, die Prämien jedes Jahr der Entwicklung der Schadenfälle anzupassen. Diese Anpassung tritt jeweils am 1. Januar des nächsten Kalenderjahres in Kraft.
2. Die KSM informiert den Versicherten spätestens 30 Tage vor Ende des laufenden Jahres über die Höhe der neuen Prämie.
3. Ist der Versicherte mit der neuen Prämie nicht einverstanden, kann er den Vertrag auf Ende des Jahres kündigen. Trifft vor Ende des Jahres kein Kündigungsschreiben ein, gelten die Änderungen als angenommen.

Art. 24 Prämienabrechnung

Im Rahmen der Einzelversicherung besteht keine Prämienbefreiung.

V Weitere Pflichten

Art. 25 Weitere Pflichten des Versicherten

1. Der Versicherte ist für die fristgerechte Einreichung der erforderlichen Unterlagen an die KSM verantwortlich.
2. Jede Änderung des Arbeitsunfähigkeitsgrades ist der KSM unverzüglich mitzuteilen.
3. Der Versicherte ist verpflichtet, mit dem Krankenbesucher und den von der KSM beauftragten Ärzten zu kooperieren.
4. Wenn der Versicherte 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.
5. Der Versicherte muss alles, was seiner Genesung schaden oder seine Arbeitsunfähigkeit verlängern könnte, vermeiden.
6. Der Versicherte muss alles Zumutbare unternehmen, um den Schaden zu verringern.
7. Der Versicherte hat nach längerer Dauer der Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf (in der Regel nach sechs Monaten) seine Arbeits- oder Restarbeitsfähigkeit für leichtere, geeignete Tätigkeiten allenfalls in einem anderen Berufszweig einzusetzen. Er wird diesfalls von der KSM schriftlich aufgefordert, seiner Schadenminderungspflicht nachzukommen. Der Versicherte leistet im Rahmen der Zumutbarkeit innert gegebener Frist Folge, wenn medizinisch notwendige Operationen, Therapien oder andere Massnahmen von einem Arzt empfohlen werden.
8. Der Versicherte ermächtigt die KSM ausdrücklich, jederzeit ärztliche Auskünfte und alle anderen Informationen einzuholen, die zur Festlegung des Leistungsanspruches notwendig sind. Er entbindet die Ärzte, Behörden und Dritte gegenüber der KSM von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht.

VI Verschiedene Bestimmungen

Art. 26 Leistungen Dritter

1. Im Sinn der Schadenminderungspflicht kann die KSM den Versicherten dazu auffordern innert 20 Tagen ein IV-Gesuch oder ein Gesuch um Leistungsansprüche bei der Arbeitslosenversicherung zu stellen.
2. Sobald die KSM den Versicherten dazu aufgefordert hat, bei der zuständigen Stelle ein Gesuch für die Übernahme von Leistungen einzureichen oder Wiedereingliederungsmassnahmen Folge zu leisten, werden die Leistungen nur dann ausbezahlt, wenn der Fall auch wirklich gemeldet wird. Erfolgt die Meldung nicht oder verspätet, so behält sich die KSM das Recht vor, die seit der unterlassenen oder verspäteten Mitteilung des Gesuchs 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 vorschliessen, 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. Der Versicherte tritt seine Ansprüche im Umfang des Rückerstattungsanspruchs an die KSM ab.

Art. 27 Überentschädigung und Überversicherung

1. Die Leistungen der KSM dürfen nicht zu einer Überentschädigung des Versicherten führen.
2. Wird das Taggeld gekürzt, um eine Überentschädigung zu vermeiden, so hat der Versicherte, solange ein Leistungsanspruch besteht, diejenige Prämie zu entrichten, welche einem vollen Taggeldbezug entspricht.
3. Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der anspruchsberechtigten Person auf Grund des schädigenden Ereignisses gewährt werden.
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. Die Leistungen werden um den Betrag der Überentschädigung gekürzt. Von einer Kürzung ausgeschlossen sind die Renten der Alters- und Hinterlassenenversicherung und der Invalidenversicherung sowie alle Hilflosen- und Integritätsentschädigungen. Bei Kapitalleistungen wird der Rentenwert berücksichtigt. Wenn der Lohn, der für die Berechnung des Taggeldes bei Arbeitsunfähigkeit angegeben wurde, höher als der versicherte Lohn ist oder den effektiv entgangenen Verdienst übersteigt, so behält sich die KSM das Recht vor, das zuviel entrichtete Taggeld zurückzuverlangen.

Art. 28 Verrechnung

1. Die KSM kann fällige Leistungen mit Prämienforderungen gegenüber dem Versicherten für seinen Prämienanteil verrechnen, soweit dadurch das betriebsrechtliche Existenzminimum des Versicherten nicht verletzt wird.
2. Dem Versicherten steht kein Verrechnungsrecht gegenüber der KSM zu.

Art. 29 Abtretung und Verpfändung der Leistungen

Der Versicherte kann seine Forderung gegenüber der KSM weder abtreten noch verpfänden.

Art. 30 Mitteilungen

Die Mitteilungen der KSM erfolgen rechtsgültig an die letzte vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherten angegebene Adresse.

Art. 31 Inkrafttreten und Änderungen der Allgemeinen Bedingungen

Die vorliegenden AVB ersetzen die AVB und das Reglement vom 4. Mai 1996. Sie treten am 1. Januar 2012 in Kraft.



KSM
Krankenkasse Schweizerischer Metallbauern
Dielsdorferstrasse 1 • Postfach 56 • 8173 Neerach
T 043 433 20 40 • F 043 433 20 44
info@ksm-versicherung.ch • www.ksm-versicherung.ch