

Gemeinsame Versicherungsbestimmungen (GB)

I. Geltendes Recht

Art. 1 Reihenfolge

1. Diesen Gemeinsamen Versicherungsbestimmungen (GB) der FKB gehen die folgenden Rechtsregeln vor:
 - a) das Liechtensteinische Landesgesetz über die Krankenversicherung und die Verordnungen
 - b) die Tarifverträge mit den Leistungserbringern.
2. Soweit in den Ergänzenden Versicherungsbestimmungen (EVB), Kollektivverträgen und Policen nichts abweichendes bestimmt ist, gelten diese GB für die
 - a) Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)
 - b) Obligatorische Krankengeldversicherung (OKG)
 - c) Freiwillige Krankengeldversicherung (FKG)
 - d) Versicherung PLUS und PLUS PRIVAT (PLUS)
 - e) Kombinierte Spitalversicherung (KOMBI)
 - f) Ambulant Plus (AMBULANT P)
3. Die GB gelten nicht für die obligatorische Unfallversicherung und die vermittelten Versicherungen gemäss Privatversicherungsrecht.

II. Versicherte Personen

Art. 2 Aufnahme

1. Die Aufnahmevoraussetzungen für die Versicherungen gemäss Art. 1 Abs. 2 GB sind bei:
 - a) die Person muss zivilrechtlichen Wohnsitz in Liechtenstein haben oder in Liechtenstein eine Erwerbstätigkeit ausüben. Vorbehältlich bilateraler Regelungen des Fürstentums Liechtenstein können Grenzgänger diesen Versicherungen nicht beitreten.
 - b) der Arbeitnehmer muss über 15jährig sein, keine ganze Altersrente beziehen und bei einem Arbeitgeber mit Sitz oder Niederlassung in Liechtenstein tätig sein.
 - d – f) die Person muss bei der FKB eine Versicherung nach

Art. 1 Abs. 2 a) abgeschlossen haben. Allfällige Einschränkungen sind in den EVB geregelt.

2. Die Aufnahme erfolgt auf Grund des vom Antragsteller oder dessen Rechtsvertreter vollständig ausgefüllten Formulars der FKB.
3. Höherversicherungen sind der Neuversicherung gleichgestellt.

Art. 3 Vorbehalt und Aufnahmeverzicht

1. Für Versicherungen nach Art. 1 Abs. 2 c) – f) ist die FKB berechtigt, auf Grund der Gesundheitsbeurteilung des Antragstellers einen Vorbehalt anzubringen, der nach spätestens 5 Jahren dahinfällt. Für Versicherungen nach Artikel 1 Abs. 2 c) – e) kann die FKB den Versicherungsantrag auch ablehnen.
2. Der Vorbehalt wird dem Versicherten schriftlich mitgeteilt und gilt als angenommen, sofern die versicherte Person nicht innert 30 Tagen seit Zustellung Einspruch erhebt.
3. Bei Versicherungswechsel laufen vom Vorversicherer gemachte Vorbehalte für die verbleibende Vorbehaltsdauer weiter und werden bezogene, limitierte Leistungen angerechnet.
4. Kinder werden bei Anmeldung vor oder innerhalb von 30 Tagen nach der Geburt ohne Vorbehalt ab Geburt aufgenommen (mit Prämienzahlungspflicht ab 1. Tag des Geburtsmonates).

Art. 4 Ausscheiden aus einem Kollektivvertrag

1. Wenn die versicherte Person bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses aus einem Kollektivvertrag ausscheidet und nicht in einen anderen Kollektivvertrag wechseln kann, hat diese das Recht im Umfang der gesetzlichen, obligatorischen Versicherungsleistungen in die Einzelversicherung der FKB zu wechseln, sofern sie das Tätigkeitsgebiet nicht verlässt und den Antrag innert Monatsfrist stellt.
2. Prämiengruppen, Leistungsumfang in den freiwilligen Zusatzversicherungen und weitere Bedingungen werden den EVB der Einzelversicherung angepasst.
3. Bestehende, noch laufende Vorbehalte und im Kollektivvertrag bezogene Leistungen werden auf die neue Police übertragen.

- Kein Übertrittsrecht besteht, wenn die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer einen neuen Kollektivvertrag für diesen Personenkreis bei einem anderen Versicherer abgeschlossen hat.

III. Beginn, Ende und Ruhen der Versicherung

Art. 5 Beginn der Versicherungen

- Die Versicherung beginnt am Tag, der auf der Police genannt wird.
- Bei rechtzeitiger Antragstellung für den Übertritt von einem Vorversicherer oder aus einem Kollektivvertrag der FKB, beginnt die Versicherung am Tag nach Ende der bisherigen Versicherung.
- Rückwirkende Neu- bzw. Höherversicherungen sowie Versicherungsänderungen sind ausgeschlossen.

Art. 6 Ende der Versicherung

Die Versicherung erlischt:

- bei Ableben
- bei Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet
- durch freiwilligen Austritt
- durch Ausschluss aus einer Versicherung nach Art. 1 Abs. 2 c) – f)
- bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei einem Kollektivvertragspartner der FKB
- bei Erschöpfung des maximalen Leistungsanspruchs

Art. 7 Austritt

Der Austritt aus der FKB oder einzelnen Versicherungsabteilungen kann unter Einhaltung einer einmonatigen Frist, je auf das Ende eines Monats schriftlich erklärt werden.

Art. 8 Ausschluss

Im Bereich der Versicherungen nach Art. 1 Abs. 2 c) – f) darf die FKB Versicherte nach vorgängiger Mahnung aus wichtigen Gründen ausschliessen. Als wichtiger Grund gilt:

- die Zahlungsverweigerung nach 3 Monaten
- die Verletzung der Anzeige- und Mitwirkungspflicht

- unwahre Angaben anlässlich der Antragstellung und Schadenmeldung.

Art. 9 Wegfall von Ansprüchen

- Versicherte haben keinen Anspruch auf das Vermögen der FKB.
- Nach Austritt haben sie noch Anspruch auf Versicherungsleistungen, die in den Versicherungszeitraum fallen. Sie sind zudem verpflichtet, ausstehende Prämien und Kostenbeteiligungen in der ordentlichen Frist zu bezahlen.

IV. Beitragsrecht

Art. 10 Prämien

- Die Höhe der Beiträge kann nach Versicherungsart und Eintritts- oder Effektivalter unterschieden werden.
- Die Versicherten haben die Beiträge in gesunden und kranken Tagen, in der Regel monatlich im voraus zu entrichten.
- In Zeiten starker Inanspruchnahme steht dem Vorstand der FKB das Recht zu, von den Versicherten Extrabeiträge zu verlangen.
- Die FKB hat das Recht, ausstehende und gemahnte Prämien mit allfälligen Leistungsansprüchen des Versicherten zu verrechnen.

Art. 11 Kostenbeteiligung

- Der Versicherte hat sich im Rahmen des Gesetzes und der EVB an den Kosten der Leistungserbringer zu beteiligen.
- Die Kostenbeteiligung wird durch die FKB mit Leistungsansprüchen verrechnet. Wo dies nicht möglich ist, stellt sie Rechnung, welche auf den Tag der Rechnungsstellung fällig ist.

V. Mitwirkungspflichten

Art. 12 Allgemeines

- Der Versicherte bzw. sein gesetzlicher Vertreter müssen alle Auskünfte erteilen bzw. die Einsicht in alle Unterlagen ermöglichen, die für die Beurteilung des Gesundheitszustandes (hinsichtlich Aufnahme, Vorbehalt, Höherversicherung, Klärung der Gesundheitsstörungen und Festsetzung der Versicherungsleistungen) benötigt werden, insbesondere medizinische Berichte, Gutach-

ten, Röntgenbilder, Belege über Leistungen Dritter. Der Versicherte hat das Recht, medizinische Unterlagen nur dem Vertrauensarzt der FKB vorzulegen oder vorlegen zu lassen.

2. Der Versicherte muss sich auf Verlangen und Kosten der FKB weiteren vertrauensärztlichen Abklärungsmassnahmen unterziehen.

Art. 13 Meldepflichten

1. Der Versicherte ist verpflichtet, jeden Krankheitsfall oder Unfall der FKB innert 5 Tagen anzuzeigen.
2. Adress- und Namensänderungen sowie Todesfälle sind der FKB innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.
3. Verlegt ein Versicherter seinen Wohnsitz ins Ausland, ist er verpflichtet, die FKB innert 10 Tagen davon in Kenntnis zu setzen und ihr mitzuteilen, wenn die Versicherung weitergeführt, sistiert oder aufgehoben werden soll. Unterlässt der Versicherte schuldhaft diese Mitteilung, wird die Versicherung auf Ende des Ausreisemonates aufgehoben, sobald der FKB der Tatbestand bekannt ist, auch wenn der Versicherte dadurch seinen Freizügigkeitsanspruch verliert.
4. Kurverordnungen sind der FKB zwei Monate vor Antritt der Kur zur Prüfung zuzustellen, ausgenommen bei Kurantritt innerhalb 14 Tagen nach einem Akutspitalaufenthalt.
5. Unfalleinschlüsse durch Wegfall der obligatorischen Unfallversicherung des Arbeitgebers sind innert 30 Tagen seit Wegfall zu beantragen. Bei Unterlassung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

VI. Leistungsbereich

Art. 14 Versichertes Risiko

1. Die Leistungen werden grundsätzlich bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft gewährt.
2. Die Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.
3. Leistungen an unwirtschaftliche Behandlungen oder Massnahmen werden nicht erbracht. Als unwirtschaftliche Behandlungen oder Massnahmen gelten solche
 - die sich nicht auf das durch das Interesse des Versicherten und auf das dem Behandlungszweck erforderliche Mass beschränken
 - die dazu führen, dass die Versicherung durch Bean-

spruchung ausgesprochenen Luxusses oder durch Verrechnung überhöhter Leistungstarife ausgenutzt wird.

4. Versicherte, die der obligatorischen Unfallversicherung unterstellt sind, erhalten keine Leistungen aus den Versicherungen nach Art. 1 Abs. 2 a) und b). Die FKB kann bei Wegfall der Unfalldeckung eine Prämienreduktion anbieten.
5. Wenn bei einem Unfall eine andere Versicherung leistungspflichtig ist, aber die Leistungspflicht bestreitet, so gewährt die FKB ihre Leistungen. Im Umfange der erbrachten Leistungen tritt die FKB von Gesetzes wegen in die Ansprüche des Versicherten gegen die andere Versicherung und gegen sonstige Dritte, die für den Unfall haften, ein. Die Kosten für die Geltendmachung dieser Ansprüche dürfen dem Versicherten nicht belastet werden.

Art. 15 Mutterschaft

Als Mutterschaft gilt die komplikationsfreie Schwangerschaft und Niederkunft.

Leistungen werden gewährt, wenn die Wöchnerin bis zum Tag der Niederkunft wenigstens 270 Tage, ohne eine Unterbrechung von mehr als 3 Monaten, Kassen angehört haben.

VII. Verschiedene Bestimmungen

Art. 16 Geltendmachung von Leistungsansprüchen

1. Grundsätzlich sind die Versicherten Schuldner gegenüber den Leistungserbringern. Sie reichen die Originalrechnungen innert 3 Monaten der FKB zur Rückerstattung ein.
2. Sofern die FKB nach Gesetz, Tarifverträgen oder freiwillig eine Kostengutsprache erteilt, rechnet sie für diesen Behandlungsfall mit dem Leistungserbringer direkt ab.
3. Werden Melde- oder Mitwirkungspflichten schuldhaft verletzt und dadurch Ausmass oder Feststellung der Krankheits- oder Unfallfolgen beeinflusst, kann die FKB ihre Leistungen entsprechend kürzen oder verweigern. Ausser die versicherte oder anspruchsberechtigte Person beweist, dass die Verletzung der Melde- oder Mitwirkungspflicht auf die Folgen und die Feststellung der Krankheit oder des Unfalls keinen Einfluss ausgeübt hat.

Art. 17 Schadenminderungspflichten

1. Der Versicherte hat die ärztlichen Anordnungen (z.B. Bettruhe, Medikamenteneinnahme, Therapien usw.) gewissenhaft zu befolgen und alles zu unterlassen, was die Genesung gefährdet oder verzögert.
2. Der Versicherte darf den Arzt nicht zu unnötigen oder unwirtschaftlichen Behandlungen oder Abklärungen veranlassen (z.B. unnötige Hausbesuche, stationäre statt ambulante Behandlung, unnötige Arztwechsel mit Doppelabklärungen).

Art. 18 Abtretung und Verrechnung

Ohne ausdrückliche Zustimmung der FKB sind die Versicherten nicht berechtigt, Leistungsansprüche abzutreten, zu verpfänden oder zu verrechnen. Leistungen aus obligatorischen Versicherungen sind unabtretbar und unverpfändbar.

Art. 19 Schlussbestimmungen

Diese Gemeinsamen Versicherungsbestimmungen wurden vom Vorstand der FKB am 4. März 2004 gutgeheissen und per 1. April 2004 in Kraft gesetzt.