

OBLIGATORISCHE KRANKENVERSICHERUNG (FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN)

ALLGEMEINE VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN (AVB).

Ausgabe 2024, gültig ab 01.01.2024

INHALTSVERZEICHNIS.

I. Allgemeines	3	VI. Kostenbeteiligung	6
Art. 1 Rechtsgrundlage	3	Art. 17 Kostenbeteiligung	6
II. Versicherungsvarianten	3	Art. 18 Wählbare Franchise	6
Art. 2 Versicherungsvarianten	3	Art. 19 Belastung der Kostenbeteiligung	6
III. Beginn und Ende der Versicherung	3	VII. Rechte und Pflichten	7
Art. 3 Versicherte Personen	3	Art. 20 Leistungen Dritter	7
Art. 4 Beitritt/Aufnahme	3	Art. 21 Verrechnung	7
Art. 5 Sistierung der Unfalldeckung	3	Art. 22 Verpfändung und Abtretung	7
Art. 6 Rechtswirkung der Unterzeichnung des Antragsformulars	4	Art. 23 Melde-, Auskunfts- und Mitwirkungspflicht	7
Art. 7 Beginn der Versicherung	4	Art. 24 Schadenminderungspflicht	7
Art. 8 Ende der Versicherung	4	Art. 25 Rückerstattung	7
Art. 9 Kündigung und Wechsel des Versicherers	4	Art. 26 Schweigepflicht	7
IV. Leistungen	5	Art. 27 Datenschutz	8
Art. 10 Zweck	5	Art. 28 Rechtspflege	8
Art. 11 Leistungsumfang	5	VIII. Schlussbestimmungen	8
Art. 12 Unfall	5	Art. 29 Mitteilungen	8
Art. 13 Leistungen im Ausland	5	Art. 30 Inkrafttreten	8
Art. 14 Leistungseinschränkungen	5		
V. Prämien	6		
Art. 15 Prämien	6		
Art. 16 Bezahlung der Prämien und Kostenbeteiligungen	6		

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN.

I. ALLGEMEINES

ART. 1 RECHTSGRUNDLAGE

1. Die SWICA Krankenversicherung AG, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur (SWICA), erlässt die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) in Anwendung und Ergänzung der gesetzlichen Bestimmungen. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind nicht abschliessend. Massgebend sind das liechtensteinische Gesetz über die Krankenversicherung (KVG), in der jeweils geltenden Fassung sowie die entsprechenden Ausführungsbestimmungen dazu.
2. Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten für die Krankenversicherungen nach KVG.
3. Abweichungen (z. B. betreffend die Versicherungspflicht) zu den nachstehenden Regelungen können sich aus Staatsverträgen und übergeordneten europäischen Rechtsvorschriften ergeben.

II. VERSICHERUNGSVARIANTEN

ART. 2 VERSICHERUNGSVARIANTEN

1. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP STANDARD) ist die konventionelle obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.
2. Die erweiterte obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP ERWEITERT) ist eine besondere Versicherungsform ohne eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer für ambulante Behandlungen.
3. Die OKP STANDARD wie die OKP ERWEITERT werden in eine Grund- und Hochkostenversicherung unterteilt. Grund- und Hochkostenversicherung müssen beim gleichen Versicherer abgeschlossen werden.
4. Als besondere Versicherungsform können in beiden Varianten die vom Gesetz zugelassenen Franchisen gewählt werden.
5. Die obligatorische Krankengeldversicherung.

III. BEGINN UND ENDE DER VERSICHERUNG

ART. 3 VERSICHERTE PERSONEN

1. Versicherungspflichtig und daher obligatorisch versichert sind:
Betreffend Krankenpflege: Personen, die in Liechtenstein ihren zivilrechtlichen Wohnsitz haben oder eine Erwerbstätigkeit ausüben. Betreffend Krankengeld: über 15-jährige Arbeitnehmer, die in Liechtenstein für einen Arbeitgeber mit Sitz oder Niederlassung in Liechtenstein tätig sind.
2. Generell richtet sich der Kreis der versicherungspflichtigen Personen nach den gesetzlichen Bestimmungen.

ART. 4 BEITRITT/AUFNAHME

1. Jeder Antragsteller, der die gesetzlichen Aufnahmebedingungen erfüllt, kann die obligatorische Krankenpflegeversicherung abschliessen.
2. Der Beitritt ist schriftlich zu erklären. Für eine nicht handlungsfähige Person ist die Erklärung von ihrem gesetzlichen Vertreter zu unterzeichnen. Die für die Aufnahme notwendigen Angaben sind vollständig und wahrheitsgetreu zu machen.

ART. 5 SISTIERUNG DER UNFALLDECKUNG

1. Eine versicherte Person, die für Berufs- und Nichtberufsunfälle obligatorisch versichert ist, kann gegen eine Prämienermässigung die Sistierung der Unfalldeckung beantragen. Die Prämie wird auf Beginn des dem Antrag folgenden Monats reduziert.
2. Scheidet die versicherte Person aus der obligatorischen Unfallversicherung nach dem liechtensteinischen Gesetz über die obligatorische Unfallversicherung (UVersG) aus, hat sie dies SWICA innert eines Monats zu melden. Nach Erlöschen der Deckung gemäss UVersG lebt die Unfalldeckung der obligatorischen Krankenversicherung wieder auf. Die Prämienzahlungspflicht besteht ab dem ersten Tag nach Wegfall der UVersG-Deckung.

ART. 6 RECHTSWIRKUNG DER UNTERZEICHNUNG DES ANTRAGSFOMULARS

Mit dem schriftlichen Beitritt zu SWICA:

1. ermächtigt die versicherte Person die von ihm beigezogenen Medizinalpersonen, SWICA (beziehungsweise deren Vertrauensärzte in den gesetzlich vorgesehenen Fällen) alle Angaben über den Gesundheitszustand oder den Verlauf einer Krankheit oder eines Unfalls zu machen, deren sie für die Durchführung der Versicherung bedarf;
2. anerkennt die versicherte Person die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife von SWICA;
3. sind die Prämien ab Beginn der Versicherung geschuldet.

ART. 7 BEGINN DER VERSICHERUNG

1. Der Versicherungsschutz bei SWICA beginnt am Tag des Eintritts der Versicherungspflicht, sofern die gesetzlichen Fristen zum Versicherungsbeitrag eingehalten wurden. Der schriftliche Antrag ist dabei innert drei Monaten seit Eintritt der Versicherungspflicht bei SWICA einzureichen.
2. Bei nicht rechtzeitigem Beitritt beginnt der Versicherungsschutz ab dem Beitritt bei SWICA.
3. Für die Zeitdauer der Verspätung werden keine Versicherungsleistungen erbracht.

ART. 8 ENDE DER VERSICHERUNG

Die Versicherung endet durch:

1. Aufgabe des zivilrechtlichen Wohnsitzes oder der Erwerbstätigkeit in Liechtenstein, sofern nicht aus staatsvertraglichen Gründen oder auf der Basis übergeordneter europäischer Rechtsvorschriften die Versicherung beibehalten wird;
2. Ende der gesetzlichen Versicherungspflicht;
3. Kündigung;
4. Tod der versicherten Person;
5. schriftliche Mitteilung bei Zahlungsverzug der versicherten Person, die nicht der liechtensteinischen Gesetzgebung über die Sozialhilfe untersteht, wenn das Vollstreckungsverfahren nicht durchführbar ist oder fruchtlos bleibt;

6. beim Krankengeld:
 - › Erreichen des Rentenalters ohne weitere Ausübung einer Erwerbstätigkeit;
 - › Ausübung einer Erwerbstätigkeit nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters und bereits erfolgte Auszahlung des Krankengeldes für eine oder mehrere Krankheiten während wenigstens 180 Tagen;
 - › Vollendung des 70. Altersjahrs;
 - › Ende des Arbeitsverhältnisses;
 - › Erschöpfung des Maximalanspruches;
7. weitere durch das Gesetz vorgesehene Beendigungsgründe.

ART. 9 KÜNDIGUNG UND WECHSEL DES VERSICHERERS

1. Der Wechsel von OKP STANDARD in OKP ERWEITERT oder umgekehrt ist jeweils mit einer schriftlichen Mitteilung – ohne Kündigungsfrist – auf den nächsten Monatsersten möglich.
2. Kündigung, Wechsel der Versicherungsvariante oder Wechsel des Versicherers sind nur gültig, wenn sie schriftlich sowie frist- und termingerecht erfolgen.
3. Ein Wechsel des Versicherers ist nur möglich, wenn die geschuldeten Prämien- und Kostenbeteiligungen vollständig bezahlt sind.
4. Bei Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht, den Versicherer wechseln. Die Prämienanpassung muss zwei Monate vor Beginn mitgeteilt werden.
5. Der Wechsel des Versicherers wird erst wirksam, wenn die Bestätigung der Weiterversicherung durch den neuen Versicherer bei SWICA eintrifft.
6. Mit dem Austritt aus SWICA enden die Versicherung und – abgesehen von Ausnahmen beim Krankengeld – der Leistungsanspruch.
7. Die ausgetretene versicherte Person schuldet die Prämien, ausstehende Kostenbeteiligungen und Spesen bis zum Ende der Versicherung.
8. Stirbt die versicherte Person, so sind die vollen Prämien bis zum Ende des Todesmonats geschuldet.

IV. LEISTUNGEN

ART. 10 ZWECK

SWICA bezahlt aus der OKP STANDARD die gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen mit Einschluss der von einem Arzt verordneten Arzneimittel, Medizinprodukte und Analysen (zusammengefasst als «Behandlungen» bezeichnet).

ART. 11 LEISTUNGSUMFANG

1. Die Leistungen der Krankenpflegeversicherung wie auch des Krankengeldes gemäss dieser AVB richten sich nach dem KVG und den dazugehörigen Ausführungsbestimmungen.
2. Bei der OKP STANDARD sind im Rahmen des Gesetzes ausschliesslich jene Kosten für Behandlungen gedeckt, die von geeigneten und zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden (siehe [lkv.li](#) unter Leistungserbringersuche OKP-Zulassung «JA»). Kosten für Behandlungen von nicht zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringern werden nicht vergütet.
3. Bei der OKP ERWEITERT werden im Rahmen des Gesetzes auch die Kosten für obligatorisch versicherte ambulante Leistungen vergütet, die durch geeignete, aber nicht zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden.
4. Obligatorisch für Krankengeld versicherte Personen haben ab einer ärztlich oder chiropraktisch bescheinigten, mindestens hälftigen Arbeitsunfähigkeit ab dem zweiten Tag nach dem Tag der Erkrankung oder ab dem vertraglich vereinbarten Tag Anspruch auf ein Krankengeld, dessen Höhe und Leistungsdauer sich nach den Bestimmungen des Gesetzes richten (beziehungsweise dessen Höhe sich nach der vertraglichen Vereinbarung richtet). Bei Mutterschaft und Arbeitslosigkeit gelten besondere gesetzliche Bestimmungen.

ART. 12 UNFALL

1. 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 oder den Tod zur Folge hat.
2. Ist das Unfallrisiko versichert, so werden bei Unfall die gleichen Leistungen ausgerichtet wie bei Krankheit.

ART. 13 LEISTUNGEN IM AUSLAND

1. SWICA übernimmt im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen die Kosten für Behandlungen, die aus medizinischen Gründen im Ausland erbracht werden. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen von Leistungserbringern, mit denen ein Tarifvertrag besteht, nicht angeboten werden. Diese Leistungen werden nur solange ausgerichtet, als die Heimreise oder Verlegung nach Liechtenstein bzw. zu einem Leistungserbringer, mit dem ein Tarifvertrag besteht, medizinisch nicht zumutbar ist.
2. Begibt sich die versicherte Person ohne medizinische Gründe zur Diagnose, Behandlung, Pflege oder Niederkunft zu ausländischen Leistungserbringern, mit denen kein Tarifvertrag besteht, werden die Kosten nicht erstattet. Nur durch die OKP ERWEITERT besteht eine Deckung für die Behandlung bis maximal zur Höhe der in der OKP STANDARD geltenden Tarife.
3. Für Verlegungen in Drittstaaten können keine Leistungen beansprucht werden.

ART. 14 LEISTUNGSEINSCHRÄNKUNGEN

Keine Versicherungsleistungen werden gewährt:

1. bei widerrechtlicher Inanspruchnahme von SWICA oder Versuch und Beihilfe dazu;
2. bei Weigerung, sich einer vertrauensärztlichen Untersuchung zu unterziehen;
3. für die Zeitdauer der Verspätung bei verspätetem Beitritt;
4. während eines Leistungsaufschubs bei Zahlungsverzug.
5. Die Versicherungsleistungen werden gekürzt und in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert:
6. bei Verletzung der der versicherten Person obliegenden Pflichten;
7. für Krankheiten, Unfälle oder deren Folgen, die die versicherte Person absichtlich oder grobfahrlässig herbeigeführt hat oder die auf aussergewöhnliche Gefahren und Wagnisse zurückzuführen sind. Massgebend sind die Definitionen und Kürzungsansätze der obligatorischen Unfallversicherung.

V. PRÄMIEN

ART. 15 PRÄMIEN

Die Prämien werden jährlich von SWICA in einem Tarif festgesetzt und vom Amt für Gesundheit genehmigt. Der Tarif gilt als Bestandteil dieser AVB.

ART. 16 BEZAHLUNG DER PRÄMIEN UND KOSTENBETEILIGUNGEN

1. Bei Beginn oder Ende der Versicherung im Verlaufe eines Monats sind die vollen Monatsprämien geschuldet.
2. Die versicherte Person ist verpflichtet, die ihrer Versicherung entsprechenden Prämien gemäss Police im Voraus zu entrichten.
3. Die durch die Rückstände in der Prämienzahlung und/oder der Kostenbeteiligung verursachten Umtriebe und Verwaltungskosten, wie z. B. Mahnspesen und Inkassogebühren, gehen zulasten der versicherten Person.
4. Hat die versicherte Person ihre Schuld bis zum Ablauf der Zahlungsfrist nicht beglichen, wird ihr eine schriftliche Mahnung unter Hinweis auf die Säumnisfolgen mit einer Nachfrist von 30 Tagen zugestellt. Nach deren Ablauf kann ein Zwangsvollstreckungsverfahren eingeleitet werden. SWICA kann im Falle der Nicht-einbringlichkeit die Übernahme der Kosten für weitere Leistungen bis zur Bezahlung der Prämien aufschieben.
5. Bei Nichtbezahlung der Prämien und/oder Kostenbeteiligung bei der OKP ERWEITERT kann SWICA nach erfolgter schriftlicher Mahnung und anschliessender, ausgebliebener Reaktion der versicherten Person die Versicherung in die OKP STANDARD umwandeln.
6. Die Prämien und Kostenbeteiligungen werden durch SWICA in Schweizer Franken in Rechnung gestellt. Rückerstattungen werden in Schweizer Franken vergütet.

VI. KOSTENBETEILIGUNG

ART. 17 KOSTENBETEILIGUNG

Die Kostenbeteiligung der versicherten Person richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

ART. 18 WÄHLBARE FRANCHISE

1. Der Abschluss einer Versicherung mit wählbarer Franchise steht sämtlichen erwachsenen versicherten Personen zur Verfügung.
2. Die Wahl einer höheren Kostenbeteiligung kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahrs erfolgen. Der Wechsel zu einer tieferen Kostenbeteiligung ist unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahrs möglich.
3. Bei unterjährigem Wechsel des Krankenversicherers muss die bisher geleistete Kostenbeteiligung durch die neue Kasse angerechnet werden. Der Nachweis muss durch den Kunden erfolgen. Bietet SWICA diese Franchise nicht an, so darf der Kunde nur die nächsttiefere oder eine höhere Kostenbeteiligung abschliessen.

ART. 19 BELASTUNG DER KOSTENBETEILIGUNG

Ist SWICA Honorarschuldnerin, so wird die gewählte Franchise der versicherten Person zusammen mit dem Selbstbehalt belastet. Bei höheren Franchisen ist die versicherte Person grundsätzlich Honorarschuldnerin; vorbehalten bleiben anders lautende Verträge von SWICA mit Dritten oder abweichende Regelungen des KVG beziehungsweise entsprechenden Ausführungsbestimmungen.

VII. RECHTE UND PFLICHTEN

ART. 20 LEISTUNGEN DRITTER

1. Soweit in einem Versicherungsfall Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung mit gleichartigen Leistungen anderer Sozialversicherungen zusammenreffen, richtet sich die Leistungspflicht von SWICA nach den gesetzlichen Bestimmungen.
2. Gegenüber Dritten, die für einen Versicherungsfall haften, tritt SWICA im Zeitpunkt des Ereignisses bis zur Höhe der gesetzlichen Leistungen auf die Ansprüche der versicherten Person ein.
3. Die versicherte Person darf ohne ausdrückliche Zustimmung von SWICA nicht ganz oder teilweise auf deren Leistungen verzichten.
4. Kürzt ein anderer Kranken-, Unfall- oder Sozialversicherer seine Leistungen aus Gründen, die gemäss Art. 14 auch SWICA zu einer Leistungskürzung berechtigen, so ersetzt SWICA den durch die Kürzung des anderen Versicherers bedingten Ausfall nicht.

ART. 21 VERRECHNUNG

Forderungen von SWICA gegenüber der versicherten Person werden mit fälligen Leistungen verrechnet. Der versicherten Person steht gegenüber SWICA keine Verrechnung zu.

ART. 22 VERPFÄNDUNG UND ABTRETUNG

Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen sind unabtretbar und unverpfändbar. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig. SWICA kann Leistungen für Krankenpflege direkt an Leistungserbringer auszahlen.

ART. 23 MELDE-, AUSKUNFTS- UND -MITWIRKUNGSPFLICHT

1. Die versicherte Person ist verpflichtet, sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffende Änderungen ihrer persönlichen Verhältnisse (z.B. Wohnsitzwechsel oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit in Liechtenstein) SWICA (dem zuständigen Kundendienst gem. Versicherungspolice) umgehend zu melden.
2. Nachteile, die sich aus der Verletzung von Anzeige- und Meldepflichten ergeben, gehen zu Lasten der versicherten Person.
3. Will die versicherte Person Leistungen beziehen, ist dies SWICA zu melden.

4. Die versicherte Person hat SWICA (beziehungsweise deren Vertrauensärzte in den gesetzlich vorgesehenen Fällen) die zur Abklärung eines Leistungsanspruchs und zur Festsetzung der Leistungen notwendigen Auskünfte zu erteilen und die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung zu stellen und ermächtigt SWICA (beziehungsweise deren Vertrauensärzte) zu diesem Zweck im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen in Akten anderer Versicherer oder von Behörden Einsicht zu nehmen.
5. Die versicherte Person hat SWICA Verfügungen und Rentenentscheide anderer Sozialversicherungen unaufgefordert einzureichen, soweit sie die Leistungspflicht von SWICA berühren können.
6. Die versicherte Person ist verpflichtet, bei Krankheit und Unfall SWICA über anderweitige Ansprüche und Bezüge wie Versicherungsleistungen, Lohn, Lohnersatz, Renten usw. unaufgefordert Auskunft zu geben.
7. Auf Verlangen von SWICA hat sich die versicherte Person bei anderen Sozialversicherern anzumelden.
8. Die versicherte Person ist verpflichtet, SWICA für die bargeldlose Leistungsrückerstattung ein Schweizer Bank- oder Postkonto mitzuteilen. Andernfalls ist SWICA berechtigt, einen Unkostenbeitrag von 20 Franken zu erheben.

ART. 24 SCHADENMINDERUNGSPFLICHT

1. Bei Krankheit oder Unfall hat die versicherte Person alles zu unternehmen, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Im Rahmen der Behandlung hat sie den Anordnungen des zugelassenen Leistungserbringers Folge zu leisten.
2. SWICA ist berechtigt, die Einhaltung der ärztlichen Anordnungen zu kontrollieren.

ART. 25 RÜCKERSTATTUNG

Zu Unrecht bezogene Leistungen sind SWICA von der versicherten Person grundsätzlich zurückzuerstatten, unabhängig davon, ob sie der versicherten Person oder einem Leistungserbringer ausbezahlt wurden.

ART. 26 SCHWEIGEPFLICHT

Erhalten Mitarbeiter oder Organe von SWICA von Diagnosen, Gesundheitszustand, Leistungsanspruch und Leistungsbezug sowie von Einkommens- und Vermögensverhältnissen der versicherten Person Kenntnis, sind sie zur vollen Verschwiegenheit verpflichtet.

ART. 27 DATENSCHUTZ

Der Datenschutz richtet sich nach dem KVG und dem liechtensteinischen Datenschutzgesetz

ART. 28 RECHTSPFLEGE

1. Ist eine versicherte Person mit einem Bescheid von SWICA nicht einverstanden, so kann sie verlangen, dass diese innerhalb 30 Tagen eine schriftliche und begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung erlässt.
2. Gegen die Verfügung von SWICA kann innerhalb von 60 Tagen seit deren Zustellung beim Landgericht Klage erhoben werden.
3. Die Verfügungen von SWICA erwachsen mit dem unbenutzten Ablauf der Klagefrist oder mit der rechtskräftigen Abweisung der Klage in Rechtskraft und sind vollstreckbar.

VIII. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

ART. 29 MITTEILUNGEN, BANK-/POSTGEBÜHREN

1. Alle Mitteilungen der versicherten oder anspruchsberechtigten Person sind schriftlich an SWICA zu richten.
2. Alle Mitteilungen seitens SWICA erfolgen rechtsgültig an die von der versicherten oder anspruchsberechtigten Person zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz oder in Liechtenstein.
3. Die versicherte Person hat verschiedene Möglichkeiten, die Bezahlung ihrer Prämien und Kostenbeteiligungen sowie weiterer Rechnungen gebührenfrei vorzunehmen. Gebühren, die bei Einzahlung am Bank- oder Postschalter bzw. an weiteren vergleichbaren physischen Zugangspunkten oder bei Zahlungen aus dem Ausland anfallen, kann SWICA der versicherten Person weiterverrechnen.

ART. 30 INKRAFTTRETEN

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 1. Januar 2024 in Kraft.