

Reglement des Vereins Krankentaggeldversicherung für Berner KMU, Bern

GEWERBLICHE KRANKENKASSE BERN

I. Grundlage der Versicherung

- | | |
|---|---|
| Art. 1
Kollektiv-
versicherungsvertrag | 1) Grundlage der Versicherung ist der zwischen der Gewerblichen Krankenkasse (GKK) und dem Berufsverband abgeschlossene Kollektivversicherungsvertrag. Er bezweckt die Ausrichtung von Taggeldleistungen im Krankheitsfall an die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. |
| Kassenstatuten | 2) Dieses Reglement ist integrierender Bestandteil des Kollektivversicherungsvertrages; soweit Vertrag oder Reglement nichts anderes bestimmen, gelten die Statuten der GKK. |
| GAV | 3) Die Leistungen werden gemäss den Art. 3ff dieses Reglements, beziehungsweise den Bestimmungen zur Krankentaggeldversicherung des jeweils geltenden Gesamtarbeitsvertrags für das Maler- und Gipsergewerbe ausgerichtet (www.smgv.ch/de/Politik-Wirtschaft/GAV). |

II. Versicherte Personen

- | | |
|-----------------------|--|
| Art. 2 | Für Krankengeld (als Lohnausfallentschädigung) versichert ist, wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr vollendet hat, ungeachtet seines Eintrittsalters: |
| Kollektivversicherung | a) Die Arbeitnehmer, die in einer Vertragsfirma beschäftigt werden, gemäss Art. 67, Abs. 3, Litt. a und b KVG; |
| Weiterversicherung | b) Arbeitnehmer, die sich gemäss Art. 8 weiterversichern. |
| Einzelversicherung | c) Arbeitnehmer, in leitender Position einer Vertragsfirma oder Inhaber einer der GKK angeschlossenen Einzelfirma, können in die Einzelversicherung eintreten. |

III. Beginn und Erlöschen der Genussberechtigung, Weiterversicherung

- | | |
|-----------------------------|--|
| Art. 3
Anmeldung | Der Versicherungsschutz beginnt mit der Arbeitsaufnahme in der Vertragsfirma. Der Arbeitgeber hat das Formular „Anmeldung“ wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt der GKK einzureichen. |
| Art. 4
Vorbehalte | <p>1) Arbeitnehmer, die bei der Aufnahme in die Versicherung an einer Krankheit oder an den Folgen eines Unfalles leiden, werden unter Ausschluss dieser Krankheit oder der Unfallfolgen versichert (Versicherungsvorbehalt). Ein Vorbehalt wird ferner angebracht für Krankheiten und Unfallfolgen, die vor dem Eintritt bestanden haben, sofern diese erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können.</p> <p>2) Der Versicherungsvorbehalt ist dem Versicherten bei der Aufnahme</p> |

schriftlich mitzuteilen und dieser sowie der Beginn der Vorbehaltsfrist in der Versicherungskontrolle genau vorzumerken; er darf auf höchstens fünf Jahre befristet werden und fällt nach Ablauf dieser Frist endgültig dahin.

- 3) Erkrankt ein versicherter Arbeitnehmer an einer durch Vorbehalt ausgeschlossenen Krankheit, so gewährt ihm die GKK die Leistungen, zu welchen der Arbeitgeber gemäss Art. 324a OR verpflichtet wäre.

Art. 5

Erschöpfung der Genussberechtigung

Die Versicherung erlischt, wenn die Höchstdauer der Bezugsberechtigung gemäss Art. 12 erreicht ist.
Sie erlischt im Weiteren mit dem Erreichen des 70. Altersjahres.

Art. 6

Auflösung des Arbeitsverhältnisses

Die Genussberechtigung erlischt im Weiteren mit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses mit der Vertragsfirma, sofern der Arbeitnehmer nicht eine Weiterversicherung nach Art. 8 abschliessen will.

Art. 7

Arbeitsunterbruch

Während der beschäftigungslosen Zeit zwischen zwei Arbeitsvertragsverhältnissen richtet sich das Recht für die Weiterversicherung nach Art. 8 dieses Reglements.

Ausland

Tritt eine Arbeitsunfähigkeit während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts ein, wird das versicherte Taggeld nur während der Dauer eines stationären Spitalaufenthaltes ausgerichtet.

Art. 8

Weiterversicherung

Scheiden Versicherte aus dem Kollektivvertrag aus, oder fällt der Kollektivvertrag dahin, haben sie das Recht, in die Einzelversicherung der GKK überzutreten.

Arbeitgeberpflicht

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, dem Arbeitnehmer im Zeitpunkt seines Austrittes auf das Recht zum Übertritt aufmerksam zu machen.

Übertrittsrecht

Der Übertritt muss von der versicherten Person innert 90 Tagen nach Erhalt der betreffenden schriftlichen Mitteilung durch den Arbeitgeber oder die GKK schriftlich geltend gemacht werden.
Es kann höchstens die Leistung der bisherigen Versicherung gewährt werden, unter Vorbehalt einer allfälligen Überversicherung.
Die bisher bezogenen Leistungen werden auf die Bezugsdauer in der Einzelversicherung angerechnet.

Arbeitslos

Arbeitslosen Versicherten wird bei einer Arbeitsunfähigkeit:
von mehr als 50% das volle Krankentaggeld
von mehr als 25% bis maximal 50% das halbe Taggeld ausgerichtet.

IV. Versicherungsleistungen

Art. 9

Allgemeine Voraussetzungen

Versicherungsleistungen werden nur bei ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit ausbezahlt, sofern die erste ärztliche Untersuchung innert der ersten 3 Krankheitstage erfolgt, andernfalls am Tage der ersten ärztlichen Untersuchung.

Art. 10

Taggeldleistungen

Das Taggeld beträgt 80 % des versicherten Lohnes bei einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit.
Versicherten im 1. bis und mit 4. Anstellungsjahr wird das Taggeld ab 2. Krankheitstag ausbezahlt. Versicherte ab 5. Anstellungsjahr erhalten das Taggeld ab 1. Krankheitstag.

Teilarbeitsunfähigkeit

Bei Arbeitsunfähigkeit von 50 %, wird das halbe versicherte Taggeld aus-

	bezahlt. Bei Arbeitsunfähigkeit unter 25% besteht keine Leistungspflicht.
Berechnung	Das Taggeld berechnet sich auf der Grundlage der gesamtarbeitsvertraglichen Arbeitszeit wie folgt: <u>Monatslohn</u> Grundlohn pro Monat x 13 Monate : 365 Tage = Tageslohn davon 80 % = Versichertes Taggeld <u>Stundenlohn</u> Sollstunden pro Jahr x Stundenlohn plus 8,3 % : 365 = Tageslohn, davon 80 % = Versichertes Taggeld. Es wird mit 365 Kalendertagen gerechnet.
Art. 11 AHV-Rentner	Im AHV-Alter wird das Versicherte Taggeld, bei ärztl. bescheinigter voller Arbeitsunfähigkeit, während maximal 180 Tagen innerhalb 900 aufeinander folgenden Tagen ausgerichtet.
Art. 12 Leistungsdauer	Anspruch auf Leistungen besteht erst nach Ablauf der vereinbarten Wartezeit. Diese wird vom Tag des Beginns der ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit an berechnet. Das Taggeld wird für eine oder mehrere Krankheiten während 730 Tagen innerhalb von 900 aufeinander folgenden Tagen geleistet. Bei Zügern wird die bei andern Kassen bezogene Taggeldleistung angerechnet. Nach Erschöpfung der Genussberechtigung erlischt die Taggeldversicherung. Für die Ermittlung der Leistungsdauer gelten Tage mit einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % als ganze Tage.
Kürzung	Bei Kürzung des Taggeldes infolge Überentschädigung nach Artikel 78 KVG und Artikel 69 ATSG hat die arbeitsunfähige versicherte Person Anspruch auf den Gegenwert von 730 vollen Taggeldern. Die Fristen für den Bezug des Taggeldes verlängern sich entsprechend der Kürzung.
Verzicht auf Krankentageld	Die Erschöpfung der Bezugsberechtigung darf nicht dadurch aufgehalten werden, indem vor Beendigung der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit auf das Taggeld verzichtet oder die Arbeit wieder aufgenommen wird.
Art. 13 Unfälle	Die Unfälle sind, soweit sie nicht durch die SUVA gedeckt sind, den Krankheiten gleichgestellt. Bei Unfällen, für welche die SUVA aufkommt, zahlt die Kasse für den Unfalltag und zwei Karenztage 80 % des Lohnes, auch bei aufgeschobener Genussberechtigung.
Art. 14 Mutterschaft	Bei Schwangerschaft und Niederkunft wird, wenn die Versicherte bis zum Tag ihrer Niederkunft während mindestens 270 Tagen und ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten versichert war, das versicherte Taggeld ausgerichtet.
Art. 15 Ausschluss von der Genussberechtigung	1) Keine Versicherungsleistungen werden gewährt: a) Für Krankheiten, die unter Vorbehalt stehen. Dem Gesamtarbeitsvertrag des Maler- und Gipsergewerbes unterstellte Arbeitnehmer unterliegen keinem Vorbehalt.
Kürzung, Verweigerung der Leistungen	2) Kürzung und Verweigerung von Leistungen: a) Hat die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt

oder verschlimmert, so können ihr die Geldleistungen vorübergehend oder dauernd bis maximal zur Hälfte gekürzt werden.

- b) Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen, nach schriftlicher Mahnung unter Bekanntgabe der Rechtsfolgen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Vor der Kürzung oder Verweigerung der Leistungen wird der versicherten Person eine Bedenkzeit von 10 Tagen eingeräumt. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, werden der versicherten Person nicht zugemutet.
- c) Befindet sich die versicherte Person im Straf- oder Massnahmenvollzug, kann die GKK während dieser Zeit die Auszahlung von Geldleistungen ganz oder teilweise einstellen.

Art. 16
Leistungen
Dritter

Ist für Krankheit oder Unfall ein Dritter leistungspflichtig, werden die Leistungen soweit gekürzt, dass der Versicherte nicht mehr als 90 % des letzten vereinbarten Bruttolohnes, jedoch nie mehr als den Nettolohn erhält. Bestreitet der Dritte seine Leistungspflicht, so gewährt die Kasse ihre vollen Leistungen. Der Versicherte hat der Kasse seinen Anspruch an den Dritten, sofern und soweit er abtretbar ist, bis auf die Höhe der von der Kasse gemachten Leistungen abzutreten.

V. Prämien

Art. 17

Die Höhe der Prämie wird vom Vorstand bestimmt und der Prämiensatz bildet einen integrierenden Bestandteil der vorliegenden Versicherungsbestimmungen.

Lohndeclaration

Die AHV-pflichtige Lohnsumme zuzüglich die nicht AHV-pflichtigen Löhne für versicherte Lehrlinge bzw. AHV-freie Lohnbestandteile der versicherten Rentner (AHV-Freibetrag) ist für die Prämienberechnung massgebend. Eine Kopie der AHV-Abrechnung ist der Lohndeclaration beizulegen. Die GKK hat das Recht, jederzeit Einsicht in die Lohnbuchhaltung des Versicherungsnehmers zu nehmen.

Prämienzahlung

Prämienschuldner ist der Arbeitgeber. Die Prämien sind vierteljährlich zu entrichten.
Auf verfallenen Prämien wird ein Verzugszins von 5% erhoben und auf die zweite Mahnung eine Gebühr von Fr. 50.00.

Einzelversicherung

Massgebend ist der zuletzt bezogene Lohn, berechnet auf der gesamtarbeitsvertraglichen Arbeitszeit. Die Prämien sind vierteljährlich auf Rechnung der GKK vor Ablauf des Quartals zu bezahlen. Bei verfallener Prämie ruht die Leistungspflicht der GKK. Diese lebt nach Begleichung der Ausstände rückwirkend auf den Zeitpunkt der Sistierung der Leistungspflicht wieder auf.

VI. Verhalten bei Erkrankungen

Art. 18
Krankmeldung

Dem Betrieb wird nach Eingang der Anmeldung gemäss Art. 3 durch die

Kasse das Formular „Krankmeldung“ zugestellt.

- | | |
|---|--|
| | 1) Bei Erkrankung oder Unfall hat der Arbeitgeber das Formular „Krankmeldung“ ausgefüllt der Kasse unverzüglich einzureichen. |
| Taggeldschein | 2) Der Arbeitgeber erhält für jeden angemeldeten Arbeitnehmer einen Taggeldschein zugestellt, der im Krankheitsfall unverzüglich dem behandelnden Arzt zu übergeben ist. |
| Art. 19
Beginn des Taggeldanspruches | 3) Erfolgt die Krankmeldung bei der Kasse oder beim Arbeitgeber innert 3 Tagen seit der Erkrankung, so wird das Taggeld vom ersten Tag der vom Arzt bestätigten Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Art. 9 bleibt vorbehalten. |
| Auszahlung | 1) Die Taggelder werden gegen Einsendung des Krankenscheines am 1. und 16. jeden Monats per Postmandat ausbezahlt. Fallen der 1. oder der 16. auf einen arbeitsfreien Tag, wird die Auszahlung auf den letzten Arbeitstag vorverschoben. |
| | 2) |
| | VII. Mitwirkung beim Vollzug |
| Art. 20
a) Versicherte und Ihre Arbeitgeber | 1) Die Versicherten und ihre Arbeitgeber haben beim Vollzug der Sozialversicherungsgesetze unentgeltlich mitzuwirken. |
| | 2) Wer Versicherungsleistungen beansprucht, muss unentgeltlich alle Auskünfte erteilen, die zur Abklärung des Anspruchs und zur Festsetzung der Versicherungsleistungen erforderlich sind. |
| | 3) Personen, die Versicherungsleistungen beanspruchen, haben alle Personen und Stellen, namentlich Arbeitgeber, Ärztinnen und Ärzte, Versicherungen sowie Amtsstellen im Einzelfall zu ermächtigen, die Auskünfte zu erteilen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet. Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen. |
| | 4) Die GKK kann zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht eine Untersuchung durch einen zweiten Arzt (sog. Vertrauensarzt) verlangen. Die GKK muss den Vertrauensärzten und Vertrauensärztinnen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Angaben liefern. Ist es nicht möglich, diese Angaben anders zu erlangen, so können Vertrauensärzte und Vertrauensärztinnen Versicherte auch persönlich untersuchen; sie müssen den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin vorher benachrichtigen und nach der Untersuchung über das Ergebnis informieren. In begründeten Fällen können die Versicherten eine Untersuchung durch einen anderen Arzt oder eine andere Ärztin verlangen. |
| b) Vertragsfirmen | 5) Die Vertragsfirmen haben der GKK sämtliche Angaben, welche zur Beurteilung der Leistungspflicht notwendig sind zu erteilen. |
| c) Weigerung zur Mitwirkung | 6) Kommen die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldigbarer Weise nicht nach, so kann die GKK auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Sie muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. |
| Art. 21
Orientierungspflicht | 1) Die Vertragsfirmen sind verpflichtet, ihre Arbeitnehmer bei der Anstellung |

auf die Kollektivversicherung aufmerksam zu machen und für deren unverzügliche Anmeldung bei der Kasse besorgt zu sein.

- 2) Bei der Auflösung des Arbeitsverhältnisses ist der Arbeitnehmer durch die Arbeitgeber auf die Möglichkeit der Weiterversicherung gemäss Art. 8 aufmerksam zu machen.

VIII. Verfahren

Art. 22 Parteien

- 1) Als Parteien gelten Personen, die gegenüber der GKK Rechte oder Pflichten behaupten, sowie Personen, Organisationen oder Behörden, denen ein Rechtsmittel gegen eine Verfügung der GKK zusteht. Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör. Sie müssen nicht angehört werden vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind.

Abklärung

- 2) Die GKK prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Mündlich erteilte Auskünfte sind schriftlich festzuhalten.

Verfügung

- 3) Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, erlässt die GKK schriftlich Verfügungen.

Rechtsmittel

- 4) Gegen Verfügungen der GKK kann innerhalb von 30 Tagen Einsprache erhoben werden. Gegen Einspracheentscheide oder Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann beim kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn die GKK entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt. Gegen Entscheide der kantonalen Versicherungsgerichte kann nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 beim Bundesgericht Beschwerde geführt werden.

IV. Schlussbestimmungen

Art. 23 Beendigung und Austritt aus der Versicherung

Die Vertragsfirmen und die Einzelversicherten können das Vertragsverhältnis mit der GKK mit einer Frist von mindestens drei Monaten jeweils auf das Ende eines Kalenderjahres auflösen.

Art. 24 Gültigkeitsdauer

Dieses Reglement hat so lange Gültigkeit, als der betreffende Kollektivversicherungsvertrag in Kraft ist.

Art. 25 Inkrafttreten

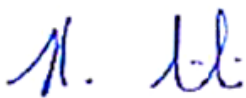
Dieses Reglement tritt am 08.05.2019 in Kraft und ersetzt dasjenige vom 01.04.2011.

Gewerbliche Krankenkasse Bern

07.05.2019

Der Präsident

Der Delegierte


Hanspeter Liebi


Leonhard Sitter