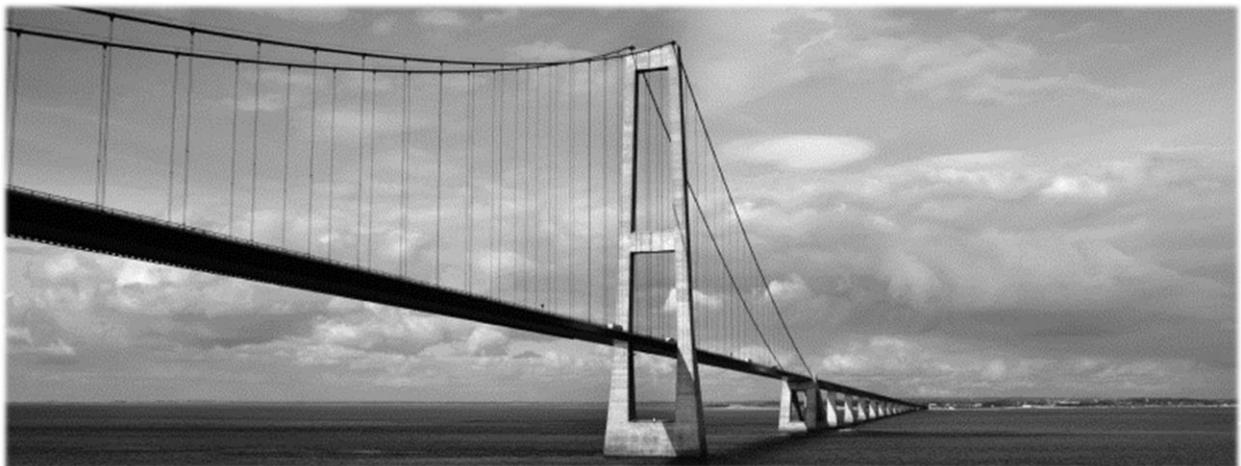


Informationen für Personen, die ihren gewöhnlichen Wohnsitz in der Schweiz haben und in einem EU- oder EFTA-Staat gesetzlich krankenversichert sind.



Wir schlagen Brücken

Gemeinsame Einrichtung KVG

Gibelinstrasse 25

Postfach

CH-4503 Solothurn

Telefon +41 32 625 30 30

Öffnungszeiten Mo bis Do: 8:00 – 12:00 und 13:30 – 17:00 Uhr
Fr: 8:00 – 12:00 und 13:30 – 16:00 Uhr

E-Mail info@kvg.org

Website www.kvg.org

Inhaltsverzeichnis

1. Eintragung	3
2. Anspruchsberechtigte Familienangehörige	3
3. Besonderheit für Rentner	3
4. Leistungsanspruch	3
5. Rechnungskontrolle	4
6. Übersicht der Leistungen	4
7. Kostenbeteiligung	6
8. Rückerstattung	7
9. Mitwirkungspflicht, Einholung von Auskünften, Schweigepflicht, Datenschutz	7
10. Meldepflicht	7
11. Ombudsman	8
12. Rechtsweg	8

Personen, die in einem EU-oder EFTA-Staat* einem gesetzlichen Krankenversicherungssystem angehören, haben Anspruch auf medizinische Behandlungen bei Krankheit, Nichtberufsunfall oder Mutterschaft, wenn sie in der Schweiz wohnen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG in Solothurn nimmt für die ganze Schweiz die Anspruchsprüfung vor und koordiniert die Abrechnung der Behandlungskosten sowie die Weiterverrechnung an die zuständige Krankenversicherung im Ausland.

Wer seinen Wohnsitz in die Schweiz verlegt und weiterhin der Versicherungspflicht in seinem Heimatstaat untersteht, lässt sich bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG eintragen. Für die Eintragung wird der von seiner Krankenversicherung ausgestellte, gültige Anspruchsnachweis benötigt.

Anspruchsnachweise sind:

- Bescheinigung S1
- Formular E 106 (Arbeitnehmer)
- Formular E 109 (Familienangehörige eines im Ausland lebenden und versicherten Erwerbstätigen)
- Formular E 120 (Rentenantragsteller)
- Formular E 121 (Rentner)

Der Anspruch besteht auf alle im schweizerischen Krankenversicherungssystem vorgesehenen Leistungen, die sich als medizinisch notwendig erweisen – mit Ausnahme von Geldleistungen (Taggelder). Dasselbe gilt für die nicht erwerbstätigen, anspruchsberechtigten Familienangehörigen.

*EU-Staaten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern. EFTA-Staaten: Island, Norwegen.

1. Eintragung

Senden Sie uns zunächst den gültigen Anspruchsnachweis zu. Sie erhalten anschliessend einen Fragebogen. Die Angaben auf dem Fragebogen dienen dazu abzuklären, ob die Eintragung generell möglich ist oder ob Sie krankenversicherungspflichtig in der Schweiz sind. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn Sie eine Erwerbstätigkeit in der Schweiz ausüben oder wenn Sie eine Rente oder eine Arbeitslosenentschädigung aus der Schweiz beziehen. Für Kinder liegt eine Versicherungspflicht in der Schweiz vor, wenn mindestens ein Elternteil in der Schweiz auf Grund einer Erwerbstätigkeit versicherungspflichtig ist. Die Eintragung ist in diesem Fall ausgeschlossen (siehe auch Punkt 10).

Der Fragebogen steht Ihnen auch als Download auf der Website der Gemeinsamen Einrichtung KVG (www.kvg.org/Privatpersonen/Assistance) zur Verfügung.

Achtung: Die Behandlungskosten können nur dann über die Gemeinsame Einrichtung KVG abgerechnet werden, wenn der Anspruchsnachweis gültig und aktuell ist.

Wer schliesslich für die Leistungsaushilfe registriert wird, erhält eine Versichertenkarte. Diese gilt als Nachweis der Anspruchsberechtigung gegenüber den Leistungserbringern in der Schweiz. Leistungserbringer sind z.B. Krankenhäuser, Ärzte, Physiotherapeuten etc.

Wenn aus einem der oben genannten Gründe die Registrierung für die Leistungsaushilfe verweigert werden muss, erhält die zuständige kantonale Behörde eine Mitteilung. Es ist grundsätzlich Sache der kantonalen Behörden, die Einhaltung der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz zu kontrollieren (Art. 6 KVG). Ihre zuständige Krankenversicherung wird über die Eintragung bzw. Nichteintragung informiert.

2. Anspruchsberechtigte Familienangehörige

Zum Kreis der anspruchsberechtigten Familienangehörigen zählen auch der nicht erwerbstätige Ehegatte sowie die Kinder bis zur Vollendung des 18. Altersjahres. Kinder, die eine Schule besuchen oder ein Studium absolvieren, können längstens bis zur Vollendung des 25. Altersjahres eingetragen werden. Über dieses Alter hinaus wird geprüft, ob die Kinder unterhaltsberechtig sind. Kinder, die sich in einer Berufsausbildung befinden, sind versicherungspflichtig in der Schweiz.

3. Besonderheit für Rentner

Nicht erwerbstätige Personen, die ihren Wohnsitz vor dem ordentlichen, schweizerischen Renteneintrittsalter (Vollendung des 64. Altersjahres bei Frauen und des 65. Altersjahres bei Männern) in die Schweiz verlegen, sind grundsätzlich verpflichtet, Beiträge an die AHV (Alters- und Hinterlassenenversicherung) zu entrichten. Mit der Beitragszahlung ist ein Anspruch auf eine Rente verbunden. Die Höhe der Rente ist von der Dauer der Beitragszahlung abhängig. Die Ausgleichskasse Ihres Wohnortes gibt Ihnen hierzu detaillierte Auskünfte. Der Bezug einer Rente führt zur Versicherungspflicht in der Schweiz. Die Höhe der Rente hat keinen Einfluss auf das Eintreten der Versicherungspflicht. Der Rentenantrag muss der Gemeinsamen Einrichtung KVG umgehend mitgeteilt werden.

4. Leistungsanspruch

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, einer leistungsberechtigten Person aus der EU bzw. EFTA die gleichen gesetzlichen Leistungen zu den gleichen Bedingungen wie einer in der Schweiz versicherten

Person zu gewähren. Der Leistungsanspruch, die anwendbaren Tarife und die Kostenbeteiligung richten sich im Behandlungsfall deshalb nach schweizerischem Krankenversicherungsrecht.

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz KVG erlaubt es den Versicherten, unter den für die Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung geeignet sind, frei zu wählen.

5. Rechnungskontrolle

Die Gemeinsamen Einrichtung KVG koordiniert für die ganze Schweiz die Anspruchsprüfung, kontrolliert die Rechnungen im Hinblick auf die Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen sowie den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen und nimmt die Abrechnung der Behandlungskosten vor sowie anschliessend die Weiterverrechnung an die zuständige Krankenversicherung im Ausland.

Geldleistungen (Taggelder) werden nicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG, sondern direkt von der zuständigen Krankenversicherung im Ausland bezahlt.

6. Übersicht der Leistungen

Die nachfolgende Liste gibt Ihnen eine Übersicht über die Leistungen, welche aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG übernommen werden. Die Liste ist nicht abschliessend.

Leistung	Bemerkungen
Ambulante Behandlung nach Methoden der Schulmedizin	Kostenübernahme bei zugelassenen Ärzten, Chiropraktoren und Hebammen sowie nach ärztlicher Verordnung bei Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten, Pflegefachfrauen und -männern bzw. Organisationen der Krankenpflege zu Hause sowie Ernährungsberatern.
Ambulante Behandlung nach alternativen Heilmethoden (Komplementärmedizin)	Bei zugelassenen Ärzten mit anerkannter Weiterbildung in der betreffenden Behandlungsdisziplin: <ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur • Anthroposophische Medizin • Arzneimitteltherapie bei Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM) • Ärztliche Klassische Homöopathie • Phytotherapie
Medikamente	Vom Arzt abgegebene oder verordnete Medikamente, sofern diese in der Arzneimittel- oder Spezialitätenliste für die gegebene Indikation aufgeführt sind (andere Medikamente werden nicht übernommen, auch nicht teilweise).
Mittel und Gegen-	Vom Arzt verordnete Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, wie z.B. Bandagen, Gehhilfen, Orthesen, Verbandmaterial,

stände	Inkontinenzhilfen, usw. gemäss Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL).
Zahnärztliche Behandlungen	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenübernahme bei Zahnunfall, sofern keine Unfallversicherung dafür aufkommt. • Bei schwerer Erkrankung des Kausystems oder als Folge einer schweren Allgemeinerkrankung gemäss den in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) definierten Fällen.
Geburtsgebrechen	Kostenübernahme für gleiche Leistungen wie bei Krankheit, sofern die schweizerische Invalidenversicherung nicht leistungspflichtig ist.
Psychotherapie	Kostenübernahme bei einem zugelassenen Arzt oder bei Delegation an einen nicht ärztlichen Psychologen oder Psychotherapeuten (jedoch nur unter Aufsicht und in der Praxis des delegierenden Arztes).
Laboranalysen	Ärztlich angeordnete Analysen gemäss Analysenliste.
Stationäre Behandlung in einem Spital	Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der allgemeinen Abteilung bei ausgewiesener Spitalbedürftigkeit. Spitäler sind zugelassen, wenn sie auf der kantonalen Spitalliste mit entsprechendem Leistungsauftrag aufgeführt sind. Die Kostenübernahme erfolgt höchstens nach dem Tarif des Wohnkantons, sofern es sich nicht eine medizinisch bedingte ausserkantonale Hospitalisation handelt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen im Wohnkanton nicht angeboten werden.
Medizinische Rehabilitation	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherten und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes. Bei stationärer Rehabilitation Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der allgemeinen Abteilung bei ausgewiesener Spitalbedürftigkeit. Spitäler sind zugelassen, wenn sie auf der kantonalen Spitalliste mit entsprechendem Leistungsauftrag aufgeführt sind.
Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim	Kostenübernahme von Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen durch: <ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachpersonen • Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause • Pflegeheimen

Badekuren	Während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr einen täglichen Beitrag von CHF 10 an die Kosten von ärztliche angeordneten Badekuren in zugelassenen Heilbädern sowie Kostenübernahme für Arzt, Medikamente und Physiotherapien.
Erholungskuren	Kostenübernahme für Arzt, Medikamente und Physiotherapien.
Mutterschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Sieben Kontrolluntersuchungen vor sowie eine Kontrolluntersuchung nach der Geburt • Zwei Ultraschallkontrollen • Kostenübernahme für die Entbindung zu Hause, in einem Spital (allgemeine Abteilung) oder Geburtshaus • Drei Stillberatungen durch Hebammen oder durch speziell in Stillberatung ausgebildete Pflegefachpersonen • Max. CHF 100 für Kurse der Geburtsvorbereitung durch Hebammen
Massnahmen der Prävention	<p>Kostenübernahme für folgende Massnahmen der medizinischen Prävention:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prophylaktische Impfungen • Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten • Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes • Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen • Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten in der allgemeinen Bevölkerung oder einer bestimmten Altersgruppe
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen	Die ersten beiden Untersuchungen inklusive Krebsabstrich im Jahresintervall und danach alle drei Jahre.
Beitrag an Transportkosten	<p>Kostenübernahme von 50% der Kosten von medizinisch indizierten Krankentransporten zu einem zugelassenen, für die Behandlung geeigneten und im Wahlrecht des Versicherten stehenden Leistungserbringer, wenn der Gesundheitszustand den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • max. CHF 500 pro Kalenderjahr für Transportkosten • max. CHF 5'000 pro Kalenderjahr für Rettungskosten

7. Kostenbeteiligung

Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Diese Kostenbeteiligung besteht aus einem festen Jahresbeitrag (Franchise) und 10% der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Sie leisten zudem einen Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital.

- Die Franchise beträgt CHF 300 je Kalenderjahr. Für Kinder wird keine Franchise erhoben.
- Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr.
- Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital beträgt CHF 15 für Personen ab 25 Jahren.
- Bei Mutterschaftsleistungen wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

Bei Direktzahlung der Rechnung durch die Gemeinsame Einrichtung KVG an den Leistungserbringer (tiers payant) wird die Kostenbeteiligung der versicherten Person im Nachhinein separat in Rechnung gestellt oder bei Rückerstattung an die versicherte Person (tiers garant) direkt vom Betrag abgezogen.

8. Rückerstattung

Die Rechnungsstellung durch den Leistungserbringer erfolgt gemäss den unterschiedlichen kantonalen Verträgen und Tarifen entweder an die Gemeinsame Einrichtung KVG (tiers payant) oder an die versicherte Person (tiers garant).

Damit wir eine rasche und unentgeltliche Rückerstattung garantieren können, benötigen wir von Ihnen die Originalrechnung sowie Ihre vollständigen Bankangaben:

- IBAN (International Bank Account Number)
- BIC (Bank Identifier Code)
- Name und Adresse der Bank
- Kontoinhaber und Adresse

9. Mitwirkungspflicht, Einholung von Auskünften, Schweigepflicht, Datenschutz

Die Gemeinsame Einrichtung KVG untersteht den Bestimmungen des schweizerischen Gesetzes über den Datenschutz (DSG), des Gesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Sie ist berechtigt, Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten, die sie benötigt, um die ihr nach dem KVG übertragenen Aufgaben zu erfüllen (Art. 84 KVG). Der Umgang mit den Daten ist im Bearbeitungsreglement geregelt, welches Sie auf unserer Website finden ([www.kvg.org/Über uns/Corporate governance](http://www.kvg.org/Über_uns/Corporate_governance)). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstehen der Schweigepflicht. Soweit die Abklärung Ihrer Ansprüche es erfordert sind Sie verpflichtet, wahrheitsgemäss Auskunft zu geben. Bei Bedarf verlangt die Gemeinsame Einrichtung KVG von Ihren behandelnden Ärzten eine genaue Diagnose und zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur zu Händen ihres Vertrauensarztes. Wünschen Sie Auskunft über Ihre Daten, welche die Gemeinsame Einrichtung KVG über Sie bearbeitet, wenden Sie sich bitte schriftlich an unseren Rechtsdienst und legen Sie einen Identitätsnachweis bei.

10. Meldepflicht

An Hand Ihrer Angaben auf dem Fragebogen beurteilen wir, ob für Sie die Leistungsaushilfe möglich ist oder eine Krankenversicherungspflicht in der Schweiz besteht (siehe auch Punkt 1). In der Schweiz ist eine Krankenversicherung nur für maximal drei Monate rückwirkend möglich. Deshalb ist es für Sie

wichtig, uns Änderungen unverzüglich mitzuteilen. Informieren Sie uns nicht rechtzeitig, kommt es zu einer Versicherungslücke zwischen dem Ende Ihrer Krankenversicherung im Ausland und dem Beginn der Versicherung in der Schweiz. Das hat zur Folge, dass Sie für die Kosten der medizinischen Behandlung während dieser Versicherungslücke selbst aufkommen müssen. Auch ohne medizinische Behandlungen in dieser Zeit kann eine Unterbrechung Ihres Krankenversicherungsschutzes erhebliche Folgen bei späteren Leistungs- oder Versicherungsansprüchen haben.

11. Ombudsman

Haben Versicherte Probleme mit ihrer Krankenversicherung, können sie die Dienste des Ombudsmans der Krankenversicherung beanspruchen. Der Ombudsman befasst sich mit Fragen und Problemen, die zwischen Versicherten und Krankenversicherung auftreten.

Ombudsman Krankenversicherung
Morgartenstr. 9
CH-6003 Luzern

Telefon deutsch: +41 41 226 10 10
Telefon französisch: +41 41 226 10 11
Telefon italienisch: +41 41 226 10 12
Fax: +41 41 226 10 13
E-Mail: info@om-kv.ch
Website: <https://secure.om-kv.ch/>

12. Rechtsweg

Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger schriftlich Verfügungen zu erlassen. Die Verfügungen werden mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen bei der verfügenden Stelle Einsprache erhoben werden.

Die Einspracheentscheide sind innert angemessener Frist zu erlassen. Sie werden begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Das Einspracheverfahren ist kostenlos. Parteientschädigungen werden in der Regel nicht ausgerichtet.

Gegen Einspracheentscheide oder Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde erhoben werden. Jeder Kanton bestellt ein Versicherungsgericht als einzige Instanz zur Beurteilung von Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung.

Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat.

Anmerkungen:

Die in diesem Informationsblatt enthaltenen Angaben begründen keinen Rechtsanspruch. Rechtlich verbindlich sind die massgebenden Rechtserlasse (das schweizerische Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG sowie die dazugehörigen Vollzugsverordnungen und die dazu ergangene Rechtsprechung). Das Informationsblatt finden Sie auch auf unserer Website (www.kvg.org/Privatpersonen/Assistance).