



Krankenkasse



Grundversicherung und Zusatzversicherung

Alle Bewohnerinnen der Schweiz müssen bei der Krankenkasse versichert sein.

Es gibt verschiedene Krankenkassen.

Jeder Mensch muss die **Grundversicherung** haben. Man sagt auch: **KVG**.

Die Krankenkasse muss in **meinem Kanton** sein.

Ich kann meine Krankenkasse bis Ende November kündigen und wechseln.



Die **Grundversicherung** deckt die **wichtigsten** Behandlungen ab.

Dazu gehört zum Beispiel: notwendige Medikamente, Notfälle, Arztbesuche etc.

Dann gibt es die **Zusatzversicherung (VVG)**. Sie deckt noch mehr Behandlungen ab und ist freiwillig. Die VVG muss jeweils bis Ende September gekündigt werden.



Krankenkassen-Prämien

Für die Krankenkasse muss ich monatlich Beiträge bezahlen. Man sagt:

Krankenkassenprämien.

Die Prämien kosten unterschiedlich. Es hängt ab vom:

- Kanton, Alter, Familienstand, Einkommen
- Franchise und Krankenkassenmodell



Franchise

Franchise = ein Jahresbetrag, den ich selbst bezahlen muss für meine Krankheitskosten.

Ich kann selber entschieden, welche Franchise ich nehmen möchte.

Beispiel: Ich nehme eine Franchise von 2'500.- CHF. Das bedeutet, ich muss alle Rechnungen vom Arzt und Spital pro Jahr bis 2'500.- CHF selber bezahlen.

Wenn ich in diesem Jahr schon 2'500.- CHF bezahlt habe, dann bezahlt die Krankenkasse die Rechnungen. Ich muss nur noch 10 % von den weiteren Rechnungen bezahlen.



Prämienverbilligung

Menschen, die nicht viel Geld haben, können Unterstützung bekommen und bezahlen weniger Krankenkassenprämien. Man sagt: **Prämienverbilligung**.

Dafür muss man ein Gesuch an den Kanton schreiben.

Der Kanton entscheidet, ob und wieviel jemand Verbilligung bekommt.



Beratung für
Schwerhörige
und Gehörlose

Fragen? Kontaktieren Sie die BFSUG Ihrer Region!
www.bfsug.ch | Aargau Solothurn | Bern | Ostschweiz | Zentralschweiz | Zürich Schaffhausen

Krankenkassenmodelle



Standard - Modell

Ich entscheide selbst, zu welchem Arzt / welcher Ärztin ich gehe. Und ich kann direkt zu einem Spezialisten / einer Spezialistin gehen.

Dieses Modell kostet mehr als andere Modelle (höhere Prämie).



HMO - Modell

HMO = das sind verschiedene Ärzte / Ärztinnen, die zusammen in einer Gruppenpraxis arbeiten.

Mit diesem Modell muss ich immer zuerst zum Arzt / Ärztin **von dieser Gruppenpraxis** gehen (ausser im Notfall).

Das heisst, ich kann nicht einfach zu einer anderen Arztpraxis gehen, dann bezahlt die Krankenkasse nicht.



Hausarztmodell

Ich wähle einen Hausarzt / eine Hausärztin aus.

Dann **muss** ich immer zuerst zum **Hausarzt / zur Hausärztin** gehen (ausser im Notfall).

Der Arzt / die Ärztin entscheidet dann, ob ich zu einem Spezialisten / einer Spezialistin gehen kann.



Vorgänge telefonische Beratung (z. B. Medgate,...)

Bevor ich zum Arzt / zur Ärztin gehe, muss ich mich immer zuerst telefonisch melden.

Dann hilft mir jemand via Telefon. Wenn das nicht genug ist, kann ich zum Hausarzt / zur Hausärztin.

Wenn ich eine medizinische Frage habe, kann ich dort anrufen und bekomme eine Antwort.

So kann ich Prämien sparen, weil ich weniger zum Arzt / zur Ärztin gehe.



Bonus-Versicherung

Mit diesem Modell muss ich im ersten Jahr 10 % mehr für die Prämie bezahlen.

Jedes Jahr, wenn die Krankenkasse nichts für mich bezahlen muss, bekomme ich einen Rabatt für die Prämie.