



**SAEKK**

Schweizerische  
Ärzte-Krankenkasse

# Allgemeine Bedingungen

für die Genossenschafter im Leistungsplan  
Vitalis Continua

# Allgemeine Bedingungen

für die Genossenschafter im Leistungsplan Vitalis Continua  
gültig ab 1. Januar 2026

## A. Mitgliedschaft

### 1 Verlängerung der Mitgliedschaft

Der Erwerb der Mitgliedschaft ist in den Statuten geregelt. Ergänzende Bestimmungen sind in den Allgemeinen Bedingungen der Leistungspläne B, C und Vitalis Primus enthalten.

Bei Genossenschaf tern in den genannten Leistungsplänen endet die Mitgliedschaft spätestens mit Vollendung des 65. Altersjahres (Terminalter). Mit der Vollendung des 65. Altersjahrs haben die Genossenschafter jedoch die Möglichkeit, in den Leistungsplan Vitalis Continua zu wechseln, wodurch sich das Terminalter und somit die Mitgliedschaft bis spätestens zur Vollendung des 70. Altersjahrs verschiebt bzw. verlängert. Für den Wechsel gelten folgende Bestimmungen:

- 1.1 Wer einen Wechsel in den Leistungsplan Vitalis Continua beantragen will, füllt das Antragsformular vollständig und wahrheitsgemäss aus, unterzeichnet es, legt ihm die notwendigen Unterlagen bei und reicht es der Genossenschaft ein. Der Antrag muss spätestens zwei Monate, darf jedoch frühestens sechs Monate vor Vollendung des 65. Altersjahrs eingereicht werden.
- 1.2 Der Antragsteller<sup>1</sup> muss folgende Bedingungen erfüllen:
  - 1.2.1 Er ist im Zeitpunkt der Vollendung des 65. Altersjahrs seit mindestens 10 Jahren Mitglied der Genossenschaft.
  - 1.2.2 Er ist nach Vollendung des 65. Altersjahrs zu mindestens 20% selbstständig erwerbstätig im Jahresdurchschnitt als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt oder Angehöriger eines ähnlichen Berufs. Der selbstständigen Erwerbstätigkeit gleichgestellt ist eine unselbständige Erwerbstätigkeit in einer (Gemeinschafts-) Praxis, an welcher der Genossenschafter als Aktionär oder Gesellschafter beteiligt ist.
  - 1.2.3 Er war nie Bezüger von IV-Renten von Sozial- oder Privatversicherern sowie IV-Taggeldern der Genossenschaft.
- 1.3 Die Medizinische Kommission überprüft das Antragsformular inkl. der Einhaltung der weiteren Bedingungen. Sie kann vom Antragsteller weitere Informationen und Unterlagen wie Arztberichte verlangen, selber Berichte bei Spitälern, Kliniken und Ambulatorien, Laboratorien, Ärzten, Chiropraktoren, Psychologen, Therapeuten oder anderen medizinisch geschulten Personen einholen oder eine vertrauensärztliche Untersuchung anordnen.

Der Antragsteller entbindet sämtliche oben aufgeführten Institutionen und Personen, die ihn behandeln oder behandelt respektive begutachtet haben, vom Berufsgeheimnis. Er ermächtigt die involvierten Sozial- und Privatversicherungen sowie Arbeitgeber, der Genossenschaft Auskunft über die für die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (Art. 5.4) relevanten Umstände zu erteilen und ihr entsprechende Akten herauszugeben.

<sup>1</sup> Alle Funktionsbezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

1.4 Die Medizinische Kommission entscheidet:

1.4.1 den Antragsteller vorbehaltlos in den Leistungsplan Vitalis Continua aufzunehmen und somit die Mitgliedschaft zu verlängern, indem sie ihm den Ausweis über die beantragte Leistungsdeckung zustellt.

1.4.2 den Antragsteller mit Einschränkungen in den Leistungsplan Vitalis Continua aufzunehmen, indem sie ihre Leistungen für Folgen von Krankheiten oder Unfällen, die vor oder bei der Aufnahme bestanden haben oder bestehen, reduziert oder ausschliesst oder dafür einen befristeten Vorbehalt anbringt.

Der Antragsteller kann die Einschränkungen akzeptieren oder von seinem Aufnahmeantrag zurücktreten. Stimmt er ihnen nicht schriftlich innerhalb von dreissig Tagen nach Erhalt zu, gilt sein Antrag als zurückgezogen.

Der Antragsteller verlängert mit der Unterzeichnung der Vereinbarung über die eingeschränkten Leistungen seine Mitgliedschaft.

1.4.3 den Antragsteller nicht in den Leistungsplan Vitalis Continua aufzunehmen.

1.5 Ein einmal ausgesprochener Ausschluss kann nicht wieder aufgehoben, ein Vorbehalt hingegen nach abgelaufener Frist auf Antrag des Genossenschaf ters neu beurteilt werden.

1.6 Der Entscheid der Medizinischen Kommission ist endgültig.

### 2 Beginn der verlängerten Mitgliedschaft

2.1 Der Leistungsplan Vitalis Continua, und damit die verlängerte Mitgliedschaft, beginnt am Tag nach der Vollendung des 65. Altersjahrs.

2.2 Die Genossenschaft erbringt aus dem Leistungsplan Vitalis Continua auch Leistungen für eine vorbestehende Arbeitsunfähigkeit, sofern diese nach Beginn der Mitgliedschaft entstanden ist. Zur Anwendung kommen dabei die Bedingungen inkl. vereinbarte Taggeldleistung des Leistungsplans Vitalis Continua.

### 3 Höhe der vereinbarten Taggeldleistung sowie Erhöhung und Reduzierung

3.1 Die Medizinische Kommission prüft im Einzelfall, ob die vereinbarte Taggeldleistung in einem angemessenen Verhältnis zum geltend gemachten Erwerbs- bzw. Umsatzausfall steht. Die Taggeldleistung darf nicht so bemessen sein, dass im Leistungsfall ein signifikant höheres Einkommen bzw. höherer Umsatz erzielt wird als im Erwerbsfall. Die Genossenschaft behält sich vor, das Taggeld angemessen zu kürzen (auch rückwirkend), sofern es im Verhältnis zum nachgewiesenen Erwerbsausfall als überhöht erscheint.

- 3.2 Reduziert sich der mögliche Erwerbs- bzw. Umsatzausfall eines Genossenschafters massgeblich und nachhaltig, hat der Genossenschaftler dies der Genossenschaft zu melden. Diese entscheidet über eine allfällige Reduktion der vereinbarten Taggeldleistung.

Art. 1 und 2 finden keine Anwendung bei einer Reduzierung der vereinbarten Taggeldleistung.

- 3.3 Die Medizinische Kommission entscheidet auf Antrag des Genossenschafters über eine Erhöhung der vereinbarten Taggeldleistungen.

Art. 1, 2 sowie 3.1 sind sinngemäss anwendbar bei einer Erhöhung der vereinbarten Taggeldleistung.

#### 4 Erlöschten der Mitgliedschaft

Ergänzend zu den Statuten gelten folgende Bestimmungen:

- 4.1 Die Leistungspflicht der Genossenschaft erlischt mit dem Verlust der Mitgliedschaft. Der Genossenschaftler bzw. dessen Erben haben Anspruch auf Rückerstattung der im Voraus bezahlten Beiträge.

- 4.2 Die Mitgliedschaft erlischt mit dem Tod, spätestens mit dem Erreichen des Terminalalters, d.h. mit der Vollendung des 70. Altersjahrs.

Mitglieder der Verwaltung und der Medizinischen Kommission bleiben auch darüber hinaus Genossenschaftler, jedoch höchstens bis zur ordentlichen Delegiertenversammlung, die der Vollendung des 70. Altersjahres folgt. Die Leistungspflicht verlängert sich dadurch nicht, und sie schulden der Genossenschaft keine Beiträge mehr.

- 4.3 Gibt der Genossenschaftler seine Erwerbstätigkeit auf oder sinkt sie auf unter 20 % im Jahresdurchschnitt (vgl. Art. 1.2.2), endet die Mitgliedschaft mit Beginn des folgenden Kalenderjahres, auch wenn die Genossenschaft erst später davon Kenntnis erhält. Im Leistungsfall beurteilt die Medizinische Kommission die Höhe der Erwerbstätigkeit.

Der Genossenschaftler ist verpflichtet, dies der Genossenschaft zu melden.

- 4.4 Der Genossenschaftler kann die Mitgliedschaft schriftlich, unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten auf Ende eines Monats kündigen.

Sofern er vor Ablauf der Kündigungsfrist arbeitsunfähig wird, erbringt die Genossenschaft ihre Kranken- und Unfalltaggeldleistungen über das Kündigungsdatum hinaus bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer, längstens bis zum Erreichen des Terminalalters. Sie verrechnet die Beiträge, die bei Weiterführung des Vertrags geschuldet gewesen wären, periodisch mit den jeweiligen Zahlungen.

- 4.5 Die Medizinische Kommission und die Geschäftsstelle (Art. 22.4.2 bzw. Art. 22.5 Abs. 2 der Statuten) können den Genossenschaftler, der seine Verpflichtungen aus diesen Allgemeinen Bedingungen verletzt, unter Vorbehalt des Verfahrens gemäss Art. 19 aus der Genossenschaft ausschliessen.

- 4.6 Die Genossenschaft zahlt zurückbehaltene Leistungen rückwirkend einschliesslich 2% Verzugszinsen aus, falls der Entscheid zum Ausschluss rechtskräftig aufgehoben wird.

## B. Leistungen der Genossenschaft

### 5 Allgemeines

- 5.1 Die Genossenschaft bietet mit dem Leistungsplan Vitalis Continua bei Arbeitsunfähigkeit je nach Wahl des Genossenschafters infolge von Krankheit allein oder von Krankheit und Unfall Basis-Taggelder an.

Trägerin der Leistungen ist alleine die Genossenschaft Schweizerische Ärzte-Krankenkasse.

- 5.2 Krankheit ist jede - vom Willen des Genossenschafters unabhängige - Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

- 5.3 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.

Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen (Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen oder Trommelfellverletzungen) sind Unfällen gleichgestellt sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind.

- 5.4 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der Gesundheit bedingte volle oder teilweise Unfähigkeit, in der bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeit zumutbare Arbeit zu leisten.

Bei längerer Dauer der Arbeitsunfähigkeit wird die Erwerbsfähigkeit, nämlich die Fähigkeit, in der bisherigen oder einer anderen zumutbaren beruflichen Tätigkeit (Verweistätigkeit) ein ausreichendes Einkommen zu erzielen, berücksichtigt.

- 5.5 Rein ästhetische Behandlungen und deren Folgen begründen keinen Leistungsanspruch.

- 5.6 Bei grobfahrlässiger Verursachung des Unfalls oder der Krankheit erfolgt keine Kürzung von Leistungen.

- 5.7 Die Genossenschaft kann den Genossenschaftler bei der Wahrung seiner Interessen gegenüber dem Unfallversicherer unterstützen.

- 5.8 Die Genossenschaft erbringt ihre Leistungen in der vertraglich vereinbarten Höhe unabhängig von Leistungen Dritter. Die Leistungen der Genossenschaft werden mit diesen kumuliert.

### 6 Leistungen bei Krankheit mit zusätzlicher Unfalldeckung

- 6.1 Die Genossenschaft richtet Taggelder bei Krankheit oder Unfall aus.

- 6.2 Die Genossenschaft entscheidet unabhängig von anderen Versicherern über Ursache, Bestand und Höhe der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit.

## 7 Leistungen bei Krankheit ohne zusätzliche Unfalldeckung

- 7.1 Die Genossenschaft richtet Taggelder bei Krankheit aus.
- 7.2 Die Genossenschaft entscheidet unabhängig, ob es sich um eine Krankheit (Art. 5.2) oder einen Unfall handelt (Art. 5.3).
- 7.3 Wird die Arbeitsfähigkeit gleichzeitig durch Krankheit und Unfall beeinflusst, legt die Medizinische Kommission die jeweiligen Anteile fest. Die Genossenschaft zahlt die entsprechenden anteiligen Krankentaggelder aus.
- 7.4 Bei einer Arbeitsunfähigkeit wegen Unfalls (Art. 5.3) besteht kein Leistungsanspruch.

## 8 Basis-Kranken- und Basis-Unfalltaggeld: Allgemeines

Die Genossenschaft bezahlt dem Genossenschafter das Kranken- oder Unfalltaggeld gemäss Art. 6 bzw. das Krankentaggeld gemäss Art. 7, sofern er in der bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeit zu mindestens 20% arbeitsunfähig ist (bezogen auf ein 100% Arbeitspensum). Siehe auch Art. 5.4 Abs. 2.

## 9 Beginn und Ende der Basis-Kranken- und Basis-Unfalltaggelderleistungen

- 9.1 Die Genossenschaft richtet Kranken- oder Unfalltaggelder nach Ablauf der mit dem Genossenschafter vereinbarten Wartefrist aus. Diese beginnt mit der ärztlich festgestellten ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit von wenigstens 20% (bezogen auf ein 100% Arbeitspensum). Vorbehalten bleibt Art. 10.
- 9.2 Die Höhe des Kranken- oder Unfalltaggeldes bestimmt sich nach dem Grad der Arbeitsunfähigkeit bzw. in Fällen gemäss Art. 5.4 Abs. 2 entsprechend der Erwerbsunfähigkeit.
- 9.3 Kommen eine andere Krankheit oder ein anderer Unfall (Art. 6) bzw. eine andere Krankheit (Art. 7) hinzu, die die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit weiter einschränken, wird deren Prozentsatz nach Ablauf der Wartefrist für das neue Ereignis aufgrund einer Gesamtbetrachtung neu berechnet.

Mehrere Ursachen der Arbeitsunfähigkeit berechtigen nicht zu mehr als 100% des vereinbarten Taggelds.

- 9.4 Bei ununterbrochener vollständiger Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit ist die Leistungspflicht nach 360 Tagen erschöpft, und der Anspruch auf Taggelder erlischt.
- 9.5 Bei ununterbrochener teilweiser Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit von mindestens 20% (bezogen auf ein 100% Arbeitspensum) ist die Leistungspflicht erschöpft, sobald die Summe der ausbezahlten Taggelder dem 360-fachen des vereinbarten Taggeldes entspricht, und der Anspruch auf Taggelder erlischt.
- 9.6 In jedem Fall erlischt das Taggeld aus dem Leistungsplan Vitalis Continua, wenn der Genossenschafter das Terminalalter erreicht.
- 9.7 Sobald sich die Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit des Genossenschafers auf weniger als 20% (bezogen auf ein 100% Arbeitspensum) reduziert, ruht sein Anspruch auf Taggelder.

- 9.8 Hat der Genossenschafter seinen Taggeldanspruch nicht vollständig ausgeschöpft (vgl. Art. 9.4 und 9.5), und wird er innerhalb eines Jahres erneut zu mindestens 20% arbeitsunfähig (bezogen auf ein 100% Arbeitspensum), so hat er ohne Wartefrist Anspruch auf die restlichen Taggelder. Die Leistungspflicht ist erschöpft, sobald die Summe der ausbezahlten Taggelder dem 360-fachen des vereinbarten Taggeldes entspricht, und der Anspruch auf Taggelder erlischt.

Bei einer neuen Arbeitsunfähigkeit, deren Grund von derjenigen der vorhergehenden Arbeitsunfähigkeit medizinisch abgrenzbar ist, hat der Genossenschafter Anspruch auf Taggelder mit erneuter Wartefrist.

- 9.9 Hat der Genossenschafter seinen Taggeldanspruch nicht vollständig ausgeschöpft (vgl. Art. 9.4 und 9.5) und während mindestens einem Jahr, seitdem ihm keine Taggelder mehr ausgerichtet worden sind, nachweisbar Berufsarbeit geleistet, im Umfang vergleichbar mit der früheren Berufsarbeit, entsteht im Rahmen einer neuen Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit der Anspruch auf Taggelder mit erneuter Wartefrist.

---

## C. Anspruchsstellung und -prüfung

### 10 Anmeldung eines Leistungsanspruchs

- 10.1 Der Genossenschafter verpflichtet sich, eine Krankheit oder einen Unfall, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, der Genossenschaft zu melden, sobald wahrscheinlich wird, dass ein Anspruch auf Leistungen besteht.

Er benachrichtigt die Genossenschaft schriftlich, spätestens innerhalb von fünf Tagen nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist.

- 10.2 Der Genossenschafter hat die Genossenschaft nach Kenntnis der Verweigerung oder Einstellung von Leistungen des Unfallversicherers zu benachrichtigen.
- 10.3 Verletzt der Genossenschafter diese Obliegenheiten schuldhaft, kann er das Recht auf Taggeldleistungen verlieren, die vor der Anmeldung gemäss Art. 10.1 bzw. der Mitteilung gemäss Art. 10.2 fällig gewesen wären.

### 11 Anspruchsprüfung

- 11.1 Die Medizinische Kommission prüft nach Eingang der Krank- resp. Unfallmeldung den Leistungsanspruch des Genossenschafers.
- 11.2 Dieser weist die Arbeitsunfähigkeit durch Arztberichte nach. Die Genossenschaft berücksichtigt rückwirkende Bestätigungen der Arbeitsunfähigkeit in der Regel nicht.
- 11.3 Der Genossenschafter verpflichtet sich, alle von der Medizinischen Kommission im Rahmen der Anspruchsprüfung gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten und ihr die angeforderten sachdienlichen Unterlagen, gesundheitliche und betriebswirtschaftliche Aspekte betreffend, auf eigene Kosten einzureichen.
- 11.4 Art. 1.3 ist sinngemäss anwendbar. Darüber hinaus kann die Medizinische Kommission Untersuchungen und Begutachtungen bei von ihr bezeichneten Ärzten oder weiteren Stellen anordnen.
- 11.5 Nach erfolgter Überprüfung des Anspruchs teilt die Medizinische Kommission dem Genossenschafter schriftlich mit, ob sie den Anspruch ganz oder teilweise akzeptiert oder ihn ablehnt oder kürzt.

## D. Weitere Bestimmungen

### 12 Verfahren während des Leistungsbezugs

- 12.1 Die Medizinische Kommission ist berechtigt, jederzeit das Vorhandensein der vollständigen oder teilweisen Arbeits- respektive Erwerbsunfähigkeit eines Genossenschafters zu überprüfen.

Sie kann ärztliche Zwischenzeugnisse anfordern; im Übrigen sind Art. 11.3 und 11.4 sinngemäss anwendbar.

- 12.2 Sie kann den Genossenschafter beim Wiedererlangen der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit unterstützen, indem sie mit ihm ein Orientierungsgespräch durchführt oder ein Coaching, ein Case Management, eine Begleitung oder andere zielführende Massnahmen durch Fachpersonen organisiert und in einer speziellen Vereinbarung mit dem betroffenen Genossenschafter regelt.

- 12.3 Die Medizinische Kommission kann die Angemessenheit der vertraglichen Taggeldleistung überprüfen (Art. 1.3 und 3.1) und dazu beim Genossenschafter die notwendigen Nachweise einfordern.

- 12.4 Die Medizinische Kommission kann die Höhe der jährlichen, durchschnittlichen Erwerbstätigkeit überprüfen und dazu beim Genossenschafter die notwendigen Nachweise einfordern (Art. 3.1 und 4.3).

- 12.5 Der Genossenschafter kooperiert mit der Genossenschaft bei der Überprüfung der Arbeits- respektive Erwerbsunfähigkeit, bei unterstützenden Massnahmen, bei der Beurteilung der Angemessenheit der vertraglichen Taggeldleistung sowie bei der Überprüfung der durchschnittlichen Erwerbstätigkeit.

- 12.6 Wird ein Genossenschafter mit Wohnsitz im Ausland ganz oder teilweise arbeitsunfähig, oder hält sich ein bereits ganz oder teilweise arbeits- respektive erwerbsunfähiger Genossenschafter auf Dauer im Ausland auf, so richtet die Genossenschaft die Leistungen weiterhin aus, sofern er die vorstehenden Bedingungen einhält.

### 13 Pflichten des Genossenschafters

- 13.1 Der Genossenschafter hat bei der Aufnahme in die Genossenschaft, beim Wechsel des Leistungsplans oder beim Beitritt zu einem zusätzlichen Leistungsplan, sofern sie mit einer Erhöhung der Leistungen verbunden sind, sowie generell bei einer Erhöhung der Leistungen und bei der Anzeige einer Arbeitsunfähigkeit über alle für seine Ansprüche massgebenden Verhältnisse, insbesondere über seinen Gesundheitszustand sowie Erwerbseinkommen bzw. Umsatz, wahrheitsgetreu Auskunft zu geben.

Er hat der Medizinischen Kommission Änderungen des Prozentsatzes seiner Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit umgehend zu melden.

- 13.2 Ergibt die Anspruchsprüfung, dass der Genossenschafter seine Auskunfts- und Meldepflichten verletzt hat, kann die Medizinische Kommission die Leistungen kürzen, verweigern oder einstellen, bereits erbrachte Leistungen unabhängig von der Kausalität der Pflichtverletzung zurückfordern, den Vertrag anpassen oder kündigen und den Genossenschafter aus der Genossenschaft ausschliessen (vgl. Art. 4.5).

- 13.3 Entsteht der Genossenschaft aus einer solchen Pflichtverletzung ein Schaden, kann sie den fehlbaren Genossenschafter dafür haftbar machen.

- 13.4 Der Genossenschafter hat alles zu tun, was zur Reduktion der Leistungen beitragen kann. Wird diese Schadenminderungspflicht verletzt, können die Leistungen entsprechend gekürzt werden.

## 14 Auszahlungen

- 14.1 Die Genossenschaft zahlt die im Vormonat fällig gewordenen Leistungen in der Regel spätestens am fünften Arbeitstag des Folgemonates aus.

- 14.2 Sie kann die Auszahlung bei ausserordentlichen Verhältnissen wie Krieg, öffentlichen Unruhen, Terrorismus, Erdbeben, Atomunfällen, wirtschaftlichem Zusammenbruch, Epidemien oder Pandemien und ähnlichem zurückhalten.

Wird das Vermögen der Genossenschaft aufgrund solcher Ereignisse in einem Masse reduziert, dass das für die Leistungserbringung erforderliche Deckungskapital nicht mehr vorhanden ist, kann sie zurückgehaltene und künftige Leistungen in entsprechendem Umfang herabsetzen.

- 14.3 Ansprüche auf Leistungen verjähren nach Ablauf von zwei Jahren. Mit jeder Taggeldzahlung beginnt die Verjährungsfrist neu zu laufen. Die Verjährung wird durch Rekurs oder Klage unterbrochen, und die Frist beginnt nach Ablauf des Verfahrens neu zu laufen.

## E. Beiträge der Genossenschafter

### 15 Beitragspflicht

- 15.1 Die Genossenschaft setzt die Beiträge aufgrund der jeweils gültigen Beitragsordnung fest.

- 15.2 Die Berechnung der Beiträge ist abhängig vom Alter des Genossenschafters (natürlicher Tarif).

### 16 Beitragszahlung

- 16.1 Die Beiträge werden – je nach gewählter Zahlungsart – auf den ersten Tag eines Kalenderjahres, Halbjahres oder Quartals zur Zahlung fällig.

- 16.2 Die Beiträge sind innerhalb von dreissig Tagen nach Fälligkeit zu bezahlen.

- 16.3 Bezahlt der Genossenschafter seine Beiträge nicht fristgerecht, wird er von der Genossenschaft schriftlich gemahnt. Mit der Mahnung wird er aufgefordert, die fälligen Beiträge innerhalb von dreissig Tagen zu bezahlen.

- 16.4 Unterbleibt die Zahlung auch innerhalb der ihm schriftlich angesetzten zweiten Nachfrist von zwanzig Tagen, kündigt die Geschäftsstelle der Genossenschaft den Vertrag mit dem Genossenschafter fristlos und schliesst ihn unter Vorbehalt von Art. 19 aus der Genossenschaft aus.

Hat der Genossenschafter mehrere Verträge mit der Genossenschaft abgeschlossen, wird er nur ausgeschlossen, wenn er mit den Zahlungen für alle Verträge im Verzug ist.

- 16.5 Solange sich der Genossenschafter mit der Zahlung seiner fälligen Beiträge in Verzug befindet, kann er von der Genossenschaft keine Leistungen beanspruchen.

## F. Datenschutz

### 17 Datenverarbeitung

- 17.1 Die Genossenschaft beschafft und verwendet personenbezogene Daten der Mitglieder in Übereinstimmung mit dem Datenschutzgesetz (DSG).
- 17.2 Bearbeitet werden insbesondere Stamm- und Vertragsdaten (wie z.B. Vorname, Name, Adresse, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Bankverbindung, finanzielle Angaben über das Einkommen/Umsatz etc.), Gesundheitsdaten (Diagnose, Symptome, Gesundheitsverlauf, Operationen, Medikamente etc.) oder Daten über die Leistungserbringung.
- 17.3 Die Genossenschaft bearbeitet die Daten insbesondere im Rahmen des Vertragsmanagements sowie zur Leistungsabwicklung.
- 17.4 Unter Einhaltung des Datenschutzgesetzes und soweit erforderlich, kann die Genossenschaft personenbezogene Daten an Dritte (bspw. Versicherungsmathematiker, Anwälte, Dienstleister) im In- und Ausland weitergeben. Die Genossenschaft verpflichtet die Dritten vertraglich zur Vertraulichkeit und Geheimhaltung sowie zur Einhaltung des Datenschutzes.

### 18 Datenaufbewahrung

- 18.1 Die Daten werden elektronisch oder physisch aufbewahrt. Die Aufbewahrung erfolgt noch während mindestens zehn Jahren nach Vertragsauflösung bzw. nach Erledigung eines Leistungsfalles.

## G. Rechtsmittelverfahren

### 19 Rekurs

- 19.1 Der Genossenschafter kann Rekurs an die Abteilung Recht der Verwaltung erheben, es sei denn, dass diese Allgemeinen Bedingungen einen endgültigen Entscheid der Medizinischen Kommission vorsehen.
- 19.2 Dem Rekurs kann die aufschiebende Wirkung entzogen werden.
- 19.3 Der Rekurs ist innerhalb von dreissig Tagen nach Zustellung des Entscheids mit einem Antrag versehen, begründet und unterzeichnet der Genossenschaft einzureichen.
- 19.4 Die Abteilung Recht der Verwaltung trifft unter Würdigung sämtlicher Umstände einen neuen eigenen Entscheid, bestätigt den angefochtenen Entscheid oder weist die Streitsache zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurück.
- 19.5 Gegen den Entscheid der Abteilung Recht der Verwaltung betreffend seinen Ausschluss aus der Genossenschaft kann der Genossenschafter innerhalb von drei Monaten nach dessen Zustellung Rekurs an die Delegiertenversammlung erheben. Geht der Rekurs weniger als sechzig Tage vor der nächsten ordentlichen Delegiertenversammlung ein, wird er erst an der dieser folgenden ordentlichen Delegiertenversammlung behandelt. Im Übrigen gilt Art. 19.3.

### 20 Klage

- 20.1 Gegen den Entscheid der Delegiertenversammlung steht dem Genossenschafter gemäss Art. 846 Abs. 3 OR das Recht zur Klage an das Kreisgericht St.Gallen zu. Das Schlichtungsgesuch ist innerhalb von drei Monaten seit Zustellung des Entscheids beim Vermittleramt St.Gallen einzureichen.

- 20.2 Gegen andere Entscheide der Abteilung Recht der Verwaltung steht dem Genossenschafter das Recht zur Klage an das Kreisgericht St.Gallen zu. Das Schlichtungsgesuch ist innerhalb von drei Monaten seit Zustellung des Entscheids beim Vermittleramt St.Gallen einzureichen. Wurde im Entscheid gleichzeitig der Ausschluss aus der Genossenschaft beschlossen, so beginnt die Frist erst mit der Zustellung des Entscheids der Delegiertenversammlung zu laufen.

### 21 Fristenstillstand

Die Fristen gemäss Art. 19 und 20 stehen vom siebten Tag vor bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August und vom 18. Dezember bis und mit 2. Januar still.

## H. Schlussbestimmungen

### 22 Verhältnis der Allgemeinen Bedingungen zu den Statuten

- 22.1 Das Verhältnis zwischen Genossenschaft und Genossenschafter ist mitgliedschaftsrechtlicher Natur (Art. 7.2 Statuten).
- 22.2 Ergänzend zu den Statuten und diesen Allgemeinen Bedingungen gelten die Bestimmungen des Obligationenrechts (Ziff. VIII.1 Statuten).
- 22.3 Den Genossenschaftern stehen unter diesen Allgemeinen Bedingungen keine weitergehenden als die in den Statuten genannten Rechte gegenüber der Genossenschaft zu.

### 23 Vorrang der deutschen Fassung

Bei Widersprüchen zwischen dem deutschen und dem französischen Text dieser Allgemeinen Bedingungen gilt die deutsche Fassung.

### 24 Korrespondenzen

Die Genossenschafter haben alle die Genossenschaft betreffenden Korrespondenzen an deren Geschäftsstelle zu richten.

### 25 Inkrafttreten der Allgemeinen Bedingungen

- 25.1 Die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen treten auf den 1. Januar 2026 in Kraft.
- 25.2 Die Allgemeinen Bedingungen können von der Verwaltung mit Genehmigung durch die Delegiertenversammlung der Genossenschaft jederzeit im Rahmen der Statuten geändert werden.
- 25.3 Beitragserhöhungen können, soweit dies aufgrund der wirtschaftlichen Lage der Genossenschaft notwendig wird, von der Verwaltung auch ohne Anpassungen der Leistungen der Genossenschaft angeordnet werden.

**Von der Delegiertenversammlung der Genossenschaft Schweizerische Ärzte-Krankenkasse genehmigt am 28. Juni 2025.**