

Reglement
der Stiftung
Taggeldkasse bildende KünstlerInnen

I. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Name und Sitz

Unter dem Namen „**Taggeldkasse bildende KünstlerInnen**“ besteht eine Stiftung im Sinne von Art. 80 ff. ZGB mit Sitz in Zürich (im nachfolgenden „Kasse“ genannt).

Art. 2 Zweck

Die Kasse bezweckt, die Taggeldversicherung der Mitglieder der gemäss Art. 5 aufgeführten Organisationen und für die vor dem 9. November 2001 in die Kasse aufgenommenen Mitglieder des SKV nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) zu betreiben.

Art. 3 Gesetz und Bundeserlasse

Die Kasse unterzieht sich den einschlägigen Vorschriften des Bundes, insbesondere dem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), dem Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) und den dazugehörigen Ausführungsbestimmungen.

Art. 4 Tätigkeitsgebiet / Bekanntmachungen

Das Tätigkeitsgebiet der Kasse erstreckt sich über die ganze Schweiz. Rechte und Pflichten der Versicherten werden durch den Aufenthalt im Ausland nicht berührt.

Die Bekanntmachungen erfolgen rechtsverbindlich in den offiziellen Publikationsorganen des Vereins "visarte" Schweiz, Berufsverband visuelle Kunst", nachfolgend "visarte" genannt, des Vereins "Schweizerischer Gesellschaft Bildender KünstlerInnen (abgekürzt SGBK) und des Schweizerischen Kunstvereins (SKV) sowie derer Nachfolgegesellschaften.

Diese können auch über die Mitgliederseite der Homepages der „Visarte“ oder „SGBK“ abgerufen werden. Ebenfalls stehen Informationen unter www.uf-tgk.ch zur Verfügung.

II. Aufnahme in die Versicherung

Art. 5 Voraussetzung

Folgende bildende Künstler und Künstlerinnen können, sofern sie die statutarischen Bedingungen erfüllen, Versicherte der Kasse werden:

Die Aktivmitglieder

- a) von "visarte", unter Ausschluss der Architektinnen und Architekten
- b) der Schweizerischen Gesellschaft Bildender Künstlerinnen (SGBK)
- c) der Nachfolgegesellschaft oder -gesellschaften dieser Organisationen

Der Stiftungsrat kann im Rahmen des Reglements Bedingungen aufstellen, unter denen auch Aktivmitglieder weiterer Künstlervereinigungen als Versicherte in die Kasse aufgenommen werden können.

Art. 6

Um in die Kasse aufgenommen zu werden, dürfen die bildenden Künstler und Künstlerinnen ausser den Erfordernissen in Art. 5:

- a) das 65. Altersjahr noch nicht überschritten haben;
- b) nicht schon derart versichert sein, dass ihnen aus der Versicherungszugehörigkeit bei der Kasse ein Gewinn erwächst; Art. 9 bleibt vorbehalten.

Art. 7 Aufnahmegegesuch, Auskunfts- und Meldepflicht

Um die Aufnahme in die Kasse ist unter Benützung des Formulars, das von der Kasse abgegeben wird, schriftlich nachzusuchen.

Die Kasse hat dem Aufnahmebewerber vor Ausfüllung des Aufnahmegegesuches Einsicht in das Reglement und allfällige weitere Kassenerlasse zu geben sowie alle gewünschten oder erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Mit der Einreichung des Aufnahmegegesuches sind die Reglemente und allfällige weitere Kassenerlasse für den Bewerber verbindlich.

Tritt zwischen der Unterzeichnung des Aufnahmeformulars und dessen Einreichung eine Krankheit ein oder ereignet sich ein Unfall, so ist der Bewerber verpflichtet, dies der Kasse umgehend zu melden.

Wird diese Nachmeldepflicht verletzt, kann die Aufnahme verweigert bzw. - nach erfolgter Aufnahme - das Versicherungsverhältnis infolge Anzeigepflichtverletzung binnen vier Wochen nach Kenntnisnahme rückwirkend aufgelöst werden.

Art. 8 Gesundheitsnachweis

Die Kasse kann vom Aufnahmebewerber verlangen, dass er ein ärztliches Zeugnis über seinen Gesundheitszustand beibringt. Die Kasse beteiligt sich an den Kosten.

Die Kasse übernimmt die Kosten weiterer Abklärungen, sofern sie Massnahmen anordnet.

Der untersuchende Arzt kann von der Kasse bestimmt werden.

Art. 9 Aufnahme mit Vorbehalt

Aufnahmebewerber, die im Zeitpunkt der Einreichung des Aufnahmegesuches an einer Krankheit oder an den Folgen eines Unfalls leiden, werden unter Ausschluss dieser Krankheit oder dieser Unfallfolgen versichert. Ein Vorbehalt wird ferner angebracht für Krankheiten oder Unfallfolgen, die vor dem Eintritt bestanden haben, sofern diese erfahrungsgemäß zu Rückfällen führen können.

Der Vorbehalt ist vom Versicherungsbeginn an während 5 Jahren gültig und fällt nach deren Ablauf ohne weiteres dahin.

Ein Gesundheitsvorbehalt wird im Versicherungsausweis aufgeführt.

Dem Versicherten steht es vor Ablauf der 5-jährigen Frist gemäss Absatz 2 frei, auf seine Kosten den Nachweis zu erbringen, dass ein bestehender Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.

Art. 10 Versicherungsbeginn

Der Versicherungsbeginn erfolgt am 1. Tag des auf die Aufnahme in "visarte" oder SGBK folgenden Monats; diese Regelung gilt auch für die Nachfolgegesellschaften der vorstehend aufgeführten Organisationen.

Die Versicherungszugehörigkeit wird durch die Zustellung eines Versicherungsausweises bestätigt.

Die Versicherungszugehörigkeit und der Beginn der Versicherung von Künstlern und Künstlerinnen weiterer Künstlervereinigungen (siehe Art. 5 Abs. 2) bestimmt der Stiftungsrat.

Art. 11 Erlöschen

Die Versicherung erlischt:

- a) durch Ableben;
- b) am Tage des Verlustes der Mitgliedschaft bei "visarte";
- c) am Tage des Verlustes der Mitgliedschaft bei der SGBK,
- d) für die vor dem 9. November 2001 in die Kasse aufgenommenen Mitglieder des SKV am Tage des Verlustes ihrer Mitgliedschaft bei einer Sektion des SKV;
- e) am Tage des Verlustes der Mitgliedschaft bei einer weiteren Künstlervereinigung gemäss Art. 5 Abs. 2, oder bei einer Nachfolgegesellschaft der in lit. b), c) und d), genannten Organisationen;
- f) durch eine schriftliche Austrittserklärung;
- g) durch Ausschluss aus der Kasse.

Befindet sich der Versicherte im Zeitpunkt des Verlustes der Mitgliedschaft gemäss Ziff. b) bis f) bzw. bei Ausschluss gemäss Ziff. g) im Leistungsbezug, wird die Versicherung bis zum Ablauf der maximalen Bezugsdauer weitergeführt.

Art. 12 Verlust

Durch Beschluss des Stiftungsrats kann ein Versicherter aus der Kasse ausgeschlossen werden, wenn er sich missbräuchlich verhält, wenn unentschuld bare wichtige Gründen

vorliegen und wenn die Weiterführung der Versicherung für die Kasse unzumutbar geworden ist.

Als wichtige Gründe gelten z.B.

- a) wenn der Versicherte im Versicherungsantrag unvollständige oder unwahre Angaben gemacht hat;
- b) trotz Mahnungen seinen finanziellen Verpflichtungen nicht nachkommt;
- c) die Kasse widerrechtlich in Anspruch nimmt oder in Anspruch zu nehmen versucht;
- d) reglementarische Pflichten und Obliegenheiten grob verletzt oder sich den Anordnungen des Arztes oder des Vertrauensarztes widersetzt.

III. Rechte und Pflichten der Versicherten

Art. 13 Anspruch auf Taggeld

Die Kasse gewährt im Falle von Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfall oder Mutterschaft ein Taggeld, dessen Höhe der Stiftungsrat festlegt

Das Taggeld wird auch bei Spital- und Kuraufenthalt bezahlt.

Der Taggeldanspruch entsteht, wenn der Versicherte mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist und entspricht prozentual dem Grade der vom Arzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeit. Die Höhe des Taggeldes ist gemäss Art. 4 Abs. 2 bekanntzugeben.

Die Arbeitsunfähigkeit muss von einem diplomierten Arzt, oder Chiropraktiker, der aufgrund eines vom Kanton ausgestellten und vom Bundesrat anerkannten Befähigungsausweises praktiziert, bescheinigt sein.

Art. 14 Taggeld bei Mutterschaft

Die Kasse gewährt im Falle von Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft und Niederkunft ein Taggeld, dessen Höhe der Stiftungsrat festlegt.

Sie richtet das versicherte Taggeld aus, wenn die Versicherte bis zum Tag ihrer Niederkunft während mindestens 270 Tagen und ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten versichert war.

Das Taggeld ist während 16 Wochen zu leisten, wovon mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen. Es darf nicht auf die Dauer der Bezugsberechtigung nach Artikel 19 angerechnet werden und ist auch nach deren Ausschöpfung zu leisten.

Wenn die Versicherte während der Dauer der Unterstützung arbeitet, wird ihr allfälliger Verdienst vom Taggeld abgerechnet. Die Besorgung häuslicher Arbeiten gilt nicht als Arbeit im Sinne dieser Bestimmung.

Art. 15 Beginn des Taggeldanspruches

Der Anspruch auf Taggeld entsteht nach kumulativer Erfüllung nachstehender Voraussetzungen:

- nach Aufnahme in die Versicherung gemäss Art. 10
- bei Vorliegen einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG,

- Vorliegen einer mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit
- Kein Gesundheitsvorbehalt
- Nach Ablauf der Wartefrist gemäss Art. 17

Art. 16 Kürzung des Taggeldes

Tritt eine Überversicherung ein, so ist das Taggeld derart zu kürzen, dass dem Versicherten aus der Versicherung kein Gewinn erwächst. Die Fristen für den Bezug des Taggeldes verlängern sich entsprechend der Kürzung.

Der Versicherte ist verpflichtet, von sich aus über anderweitige Bezüge im Falle von Krankheit und Unfall Auskunft zu geben.

Art. 17 Ausschluss des Taggeldes

Für die ersten 14 Tage der Arbeitsunfähigkeit wird kein Taggeld ausbezahlt.

Art. 18 Fälligkeit des Taggeldes

Das Taggeld wird nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit ausbezahlt. Dauert diese länger als einen Monat, so erfolgt die Zahlung monatlich gegen Vorlage eines ärztlichen Zwischenzeugnisses.

Art. 19 Dauer der Versicherungsleistungen

Die Kasse gewährt ihre Leistungen während 720 Tagen innerhalb von 900 aufeinanderfolgenden Tagen. Bei Erschöpfung dieser Bezugsberechtigung erlischt der Anspruch auf weitere Taggeldleistungen. Vorbehalten bleibt Art. 11, lit f) und g).

Der Versicherte kann die Erschöpfung der Genussberechtigung nicht dadurch aufhalten, dass er vor Beendigung der Arbeitsunfähigkeit auf Leistungen der Kasse verzichtet.

Art. 20 Leistungen neben denjenigen Dritter

Bei Erreichen des AHV-Alters reduziert sich das Taggeld um die Hälfte.

Diese Reduktion bewirkt keine Verlängerung der Fristen für den Bezug des Taggeldes.

Art. 21 Meldung

Ein erkrankter oder verunfallter Versicherter hat seine Erkrankung bzw. seinen Unfall der Kasse zu melden oder melden zu lassen. Erfolgt die Meldung später als am dreissigsten Tag nach dem Tag der Erkrankung bzw. des Unfalls, so gilt als Tag der Erkrankung bzw. des Unfalls der Tag der Meldung.

Ist die Verzögerung der Meldung über den dreissigsten Tag hinaus ohne Verschulden des Versicherten eingetreten, so kann die Kasse anstelle des Meldetages den Tag der tatsächlichen Erkrankung bzw. des Unfalls als solchen anerkennen.

Art. 22 Leistungsprüfung / Ärztliche Untersuchung

Die Taggeldkasse benötigt für die Prüfung des Leistungsfall es und die Bearbeitung des Vertrages Daten über die bildenden Künstler und KünstlerInnen. Die Taggeldkasse kann, jedoch nur sofern zwingend nötig, diese Daten zur Leistungsprüfung auch anderen beteiligten Sozialversicherern und Dritten übermitteln.

Für die Datenbekanntgabe an die Organe einer anderen Sozialversicherung ist Art. 84a Abs. 1 lit. b und lit. b^{bis} KVG massgebend. Für die Datenbekanntgabe an Dritte ist eine schriftliche Einwilligung notwendig oder, wenn das Einholen einer Einwilligung nicht möglich ist, diese nach dem Umständen als im Interesse der versicherten Person vorausgesetzt werden kann.

Die Taggeldkasse kann zur Leistungsprüfung Auskünfte beim zuständigen Vertrauensarzt einholen.

Art. 23 Ausschluss von Krankheiten und Unfällen

Von der Versicherung ausgeschlossen sind Krankheiten und Unfälle, die bei der Aufnahme verheimlicht wurden, für solange, als bei vollständiger Auskunftserteilung im Zeitpunkt der Anmeldung ein entsprechender Versicherungsvorbehalt gemäss Art. 9 angebracht worden wäre.

Art. 24 Prämie

Für die Versicherung wird vom Versicherten eine Jahresprämie bezahlt. Diese wird über den Verbandsbeitrag des angeschlossenen Verbands erhoben und an die Kasse weitergeleitet.

Der jeweilige Verband kann dem Versicherer die Jahresprämien anstelle des Versicherten vorab überweisen.

Die Jahresprämien sind im Voraus zu entrichten und werden jeweils per 1. Januar fällig.

Art. 25 Leistungskürzung

Die Kasse behält sich das Recht vor, das Taggeld vorübergehend oder dauernd zu kürzen, a) wenn der Versicherte reglementarische Pflichten und Obliegenheiten verletzt; b) wenn der Versicherte sich trotz schriftlicher Mahnung einer zumutbaren Behandlung entzieht oder die Anordnungen des Arztes nicht befolgt. c) für Krankheiten, Unfälle oder deren Folgen, die der Versicherte vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert hat.

Das Taggeld kann maximal auf 50% gekürzt werden.

IV. Verschiedenes

Art. 26 Streitigkeiten

Ist ein Versicherter oder Aufnahmebewerber mit einem Entscheid der Kasse nicht einverstanden, so hat diese auf Verlangen des Betroffenen hin innerhalb von dreissig Tagen eine schriftliche Verfügung mit Angabe der Gründe und unter Hinweis auf das Einspracherecht und die Einsprachefrist dem Betroffenen zuzustellen.

Gegen die Verfügung kann innerhalb von dreissig Tagen nach der Eröffnung bei der Kasse Einsprache erhoben werden. Diese hat einen Entscheid zu fällen und ihn mit Angabe der Gründe und unter Hinweis auf das Beschwerderecht und die Beschwerdefrist dem Betroffenen zuzustellen.

Gegen den Einspracheentscheid kann innert dreissig Tagen seit Eröffnung Beschwerde erhoben werden beim Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in welchem der Versicherte oder der Aufnahmebewerber zur Zeit der Beschwerdeerhebung seinen Wohnsitz hat.

Art. 27 Inkrafttreten

Dieses Reglement ist vom Stiftungsrat am 17.05.2019 beschlossen und auf den 17.05.2019 in Kraft gesetzt worden.

Das vorliegende Reglement ersetzt das Reglement vom 1. April 2012.

Zürich, 17.05.2019

**Für die Stiftung
Taggeldkasse bildende KünstlerInnen**

**Der Präsident:
Dr. Stephan P. Thaler**

**Die Vizepräsidentin:
Nadia Bär**

**Der Quästor:
Adrian Steinmann**

**Die Beisitzerin:
Brigitte Lustenberger**

**Die Beisitzer:
Andreas Fritschi
David Curchod**