VERSICHERUNGEN IN DER SCHWEIZ

Der grosse TrueLy-Ratgeber

Krankenkasse, Baby, Hund und Katze, Zahnversicherung



Was übernimmt die Versicherung, was zahlst du selbst?

Mit Schweizer Rahmenbedingungen, konkreten Entscheidungen, durchgerechneten Fallbeispielen und Checklisten für deine nächste Offerte.

TrueLy ist eine Marke von DeinBroker.ch.

Stand 25. November 2026

Wähle dein Thema

Jeder Eintrag führt direkt zur entsprechenden Seite.

Krankenkasse

Welche Krankenkasse passt zu deinem Alltag? 4
Neu in der Schweiz: Die Anmeldung 5
Prämien vergleichen, ohne Äpfel mit Birnen zu vergleichen 6
Hausarzt, HMO oder freie Arztwahl? 7
Telemedizin im Alltag richtig nutzen 8
Franchise und Selbstbehalt auf einer Rechnung 9
Drei Gesundheitsjahre durchgerechnet 10
Laufende Behandlungen über den Jahreswechsel 11
Unfall über Arbeitgeber oder Krankenkasse 12
Arztrechnung, Rechnungskopie und Abrechnung 13
Medikamente und die Kosten an der Apotheke 14
Spitalwahl, Komfort und mögliche Mehrkosten 15
Ambulanz, Rettung und Heimtransport 16
Ausland: Notfall oder geplante Behandlung? 17
Prämienverbilligung im Familienbudget 18
Grundversicherung und Zusätze getrennt wählen 19
Welche Zusatzleistungen nutzt du wirklich? 20
TrueLy Smart: Erst Wünsche, dann Ausgaben 21
TrueLy Smart: Die Empfehlung nachrechnen 22
Kassenwechsel: Frist, Zugang und Bestätigung 23
Zwischen zwei Ländern: Die richtige Zuständigkeit 24
Wenn die Kasse weniger bezahlt als erwartet 25
Eine Familie, drei passende Lösungen 26
Dein Entscheidungsblatt für die Krankenkasse 27

Baby

Vor der Geburt: Was ihr jetzt entscheiden könnt 28
Die Dreimonatsfrist nach der Geburt 29
Die Kinderarztpraxis vor dem Tarif auswählen 30
Kinderfranchise: Was ein Rabatt wert ist 31
Kinderunfälle: Wer ist zuständig? 32
Was eine vorgeburtliche Zusage wirklich umfasst 33
Gesundheitsfragen richtig beantworten 34
Welche Kosten gehören zur Mutter, welche zum Baby? 35
Mutterschaft: Was sich zum 1. Januar 2027 ändert 36
Geburtshaus, Spital und Familienzimmer 37
Hebamme, Wochenbett und Stillberatung 38
Früherkennung, Impfungen und freiwillige Angebote 39
Bei einem Geburtsgebrechen: Kasse und IV 40
Kinder im Spital: Mitübernachten und organisieren 41
Drei Babyangebote anhand eurer Prioritäten lesen 42
Wenn das Baby früher kommt als geplant 43
Die erste Prämie und die erste Kinderrechnung 44
Euer Familienfahrplan zum Abhaken 45

Häufig gesucht

Franchise durchrechnen 10
Kassenwechsel für 2027 23
Baby anmelden 29

Weitere Themen und Quellen Tier und Zahn / 3 Amtliche Quellen / 81

Wähle dein Thema

Jeder Eintrag führt direkt zur entsprechenden Seite.

Hund und Katze

Was möchtest du bei deinem Tier absichern? 46
Hund, Katze und Lebensumfeld 47
Unfall, Krankheit oder reine Operationsdeckung 48
Alter, Vorgeschichte und eine saubere Anmeldung 49
Wartefristen und der erste Behandlungstag 50
Franchise, Quote und Jahreslimite durchrechnen 51
Zwei Rechnungen im selben Versicherungsjahr 52
Diagnostik, Medikamente und Folgekosten 53
Die geplante Operation deines Hundes 54
Mit der Katze in den tierärztlichen Notdienst 55
Chronische Erkrankungen über mehrere Jahre 56
Zähne, Vorsorge und besondere Ausschlüsse 57
Reisen mit Hund oder Katze 58
Kostenschätzung und eigene Reserve 59
Rechnung einreichen und eine Kürzung prüfen 60
Versicherung oder eigene Rücklage? 61
Das Vergleichsblatt für deinen Vierbeiner 62

Zahn

Wer zahlt die Zahnarztrechnung in der Schweiz? 63
Die engen Ausnahmen der Grundversicherung 64
Sechs Arten von Zahnleistungen auseinanderhalten 65
Von der Erstattungsquote zur Auszahlung 66
Wartefrist, Zahnstaffel und Behandlungsbeginn 67
Zahnattest und Gesundheitsdeklaration 68
Zahnspangen: Früh vergleichen, gezielt fragen 69
Zahnspange über drei Jahre durchrechnen 70
Retainer, Reparatur und Altersgrenzen 71
Krone, Brücke oder Implantat: Was steht in der Offerte? 72
Dentalhygiene, Kontrolle und Schulzahnpflege 73
Zahnunfall: Den richtigen Versicherer informieren 74
Einen Kostenvoranschlag lesen 75
Tarifeinheiten, Labor und die Schlussrechnung 76
Zahnarzt im Ausland und Vertrag aus Deutschland 77
Eine Kostengutsprache anfordern 78
Wann ist eine eigene Zahnreserve sinnvoll? 79
Dein Entscheidungsblatt für den Zahnschutz 80

Häufig gesucht

Tierarztrechnung prüfen 51
Zahnspange kalkulieren 70
Zahnbehandlung im Ausland 77

Weitere Themen und Quellen
Krankenkasse und Baby / 2
Amtliche Quellen / 81

THEMA 1 / 01 VON 24

Welche Krankenkasse passt zu deinem Alltag?

Beginne mit einer konkreten Woche aus deinem Leben. Wen rufst du an, wenn du krank bist? Welche Praxis möchtest du behalten? Welche Rechnung könntest du im Januar sofort bezahlen? Diese Antworten helfen dir mehr als eine Rangliste nach Monatsprämie.

Drei Entscheidungen mit unterschiedlichen Folgen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, kurz Grundversicherung, hat bei allen zugelassenen Kassen denselben gesetzlichen Leistungskatalog. Die Wahl des Modells bestimmt vor allem deinen Weg zur Behandlung. Mit der Franchise legst du fest, wie viel du bei gedeckten Behandlungen zunächst selbst trägst. Freiwillige Zusatzversicherungen schliessen sich als eigenständige Entscheidung an.

Wenn dir das wichtig ist	Das vergleichst du zuerst
Eine bestimmte Ärztin behalten	Die Praxis im Verzeichnis des konkreten Modells
Ein planbares Jahresbudget	Zwölf Prämien plus deine mögliche Kostenbeteiligung
Beiträge an Fitness oder Brillen	Die Leistungstabelle und Anerkennungsregeln des Zusatzes

Dein Ausgangspunkt

Lege Police, letzte Jahresabrechnung und eine Liste deiner regelmässigen Termine bereit. Markiere zwei Wünsche als unverzichtbar. Streiche Angebote, die einen dieser Wünsche verfehlen, bevor du Preise sortierst. So bleibt dein Vergleich auch dann nachvollziehbar, wenn du ihn erst in einigen Wochen abschliesst.

Zum Nachlesen 01 BAG 03 BAG 14 FINMA

THEMA 1 / 02 VON 24

Neu in der Schweiz: Die Anmeldung

Wer in der Schweiz Wohnsitz nimmt, muss sich grundsätzlich innert drei Monaten für die Grundversicherung anmelden. Bei rechtzeitiger Anmeldung gelten Schutz und Prämien rückwirkend ab Wohnsitznahme. Die dreimonatige Frist ist deshalb keine prämienfreie Startphase.

Die ersten Tage nach dem Umzug

Halte Einzugsdatum, Adresse und die Angaben jedes Familienmitglieds bereit. Wähle für jede Person eine Grundversicherung. Bei den zugelassenen Kassen in deiner Region ist die Aufnahme unabhängig von Alter und Gesundheitszustand. Eine bestehende Behandlung gehört deshalb auf deine Liste für die Modellwahl, nicht in einen Gesundheitsfragebogen für die Grundversicherung.

Beispiel aus dem Alltag

Sara zieht am 1. September nach Bern und meldet sich im November rechtzeitig an. Sie legt das Geld für die Monate seit dem Zuzug beiseite. Eine Arztrechnung aus dem Oktober bewahrt sie auf und reicht sie nach Erhalt der Versichertennummer ein. Ob und wie viel erstattet wird, hängt von der Leistung und ihrer Kostenbeteiligung ab.

> Bei später Anmeldung kann der Schutz grundsätzlich erst mit dem Beitritt beginnen. Bei unentschuldbarer Verspätung kann ein Prämienzuschlag hinzukommen. Wer grenzüberschreitend arbeitet oder entsandt wurde, klärt seine Unterstellung frühzeitig mit der kantonalen Stelle.

Zum Nachlesen 02 BAG 01 BAG

THEMA 1 / 03 VON 24

Prämien vergleichen, ohne Äpfel mit Birnen zu vergleichen

Ein Preisvergleich ist nur so gut wie seine Eingaben. Schon eine andere Gemeinde, ein anderes Prämienjahr oder eine versehentlich ausgeschlossene Unfalldeckung kann die Reihenfolge verändern. Ein reproduzierbarer Vergleich braucht wenige, aber identische Angaben.

So legst du zwei vergleichbare Offerten an

Eingabe	Was du bei beiden Offerten festhältst
Person und Wohnort	Geburtsjahr, Postleitzahl und die tatsächlich zugehörige Gemeinde
Zeitpunkt	Dasselbe Prämienjahr und derselbe gewünschte Beginn
Deckung	Dieselbe Franchise, derselbe Einschluss oder Ausschluss von Unfall
Modell	Möglichst gleiche Modellart, danach konkrete Praxis und Regeln prüfen

Was der günstigste Treffer noch offenlässt

Zwei Hausarztmodelle können unterschiedliche Praxen zulassen. Öffne deshalb das zum Angebot gehörende Verzeichnis und suche nach Standort und Namen. Sichere das Ergebnis mit Datum. Bei einem Praxiswechsel frage, ob die Änderung sofort möglich ist und wie die Meldung erfolgt.

> Mit Priminfo kannst du die genehmigten Prämien der Grundversicherung gegenprüfen. Halte Grund- und Zusatzprämie getrennt fest, bevor du ein Paket mit einer zweiten Offerte vergleichst.

Zum Nachlesen 04 Priminfo · Bund 03 BAG

THEMA 1 / 04 VON 24

Hausarzt, HMO oder freie Arztwahl?

Die vier Buchstaben auf einer Modellliste verraten dir wenig über deinen nächsten Arztbesuch. Spiele einen konkreten Behandlungsweg durch: Du hast wiederkehrende Beschwerden und brauchst nach der ersten Konsultation eine fachärztliche Abklärung.

Modell	Typischer erster Schritt	Frage vor Abschluss
Standard	Zugelassene Praxis selbst wählen	Welche Fachperson kann mich übernehmen?
Hausarzt	Vereinbarte Hausarztpraxis kontaktieren	Wie laufen Vertretung und Überweisung?
HMO	Vereinbartes Zentrum oder Netzwerk nutzen	Welcher Standort ist für mich erreichbar?
Telemedizin	Medizinische Anlaufstelle kontaktieren	Wie verbindlich ist der vereinbarte Weg?

Eine Überweisung praktisch prüfen

Wenn du bei einer Fachärztin bereits in Behandlung bist, frage die neue erste Anlaufstelle, ob sie eine Überweisung ausstellt und wie lange diese gilt. Bei einer laufenden Behandlung ist vor dem ersten Termin nach dem Wechsel eine Rückfrage sinnvoll. Ein bisheriger Überweisungsschein ist kein allgemeiner Nachweis für ein neues Modell.

> Notiere die Ausnahmen deines konkreten Vertrags, etwa für Notfälle oder bestimmte direkt zugängliche Fachgebiete. Was bei Bekannten funktioniert, kann in deinem Modell anders geregelt sein.

Zum Nachlesen 03 BAG 01 BAG

THEMA 1 / 05 VON 24

Telemedizin im Alltag richtig nutzen

Ein telemedizinisches Modell passt, wenn du die erste Abklärung gut per Telefon oder über den vorgesehenen digitalen Kanal erledigen kannst. Ob ein Anruf, eine App oder eine Partnerapotheke genügt, steht in den Modellregeln.

Teste den Ablauf vor der Wahl

Stell dir einen Freitagabend vor. Deine Praxis ist geschlossen, du brauchst eine medizinische Einschätzung. Wo findest du die vertragliche Nummer, wer entscheidet über den nächsten Schritt und was gilt, wenn du anschliessend in eine Praxis gehst? Frage, ob eine einzelne Freigabe auch den Kontrolltermin umfasst und wie du eine Verlängerung anforderst.

Wenn du regelmässig in Behandlung bist

Bei einer Therapie mit wiederkehrenden Terminen zählt die Handhabung von Serienbehandlungen. Lass dir erklären, wann du dich erneut melden musst. Ein Kalendereintrag mit Beginn und Ende einer Freigabe verhindert, dass du eine vorgesehene Meldung vergisst.

- Speichere die richtige Nummer und die Bezeichnung deines Modells im Telefon.
- Kläre, wie eine Bezugsperson für ein Kind oder eine unterstützungsbedürftige Person anrufen kann.
- Bei einem medizinischen Notfall hat die sofortige Hilfe Vorrang. Prüfe danach, ob das Modell eine nachträgliche Meldung verlangt.

Zum Nachlesen 03 BAG

THEMA 1 / 06 VON 24

Franchise und Selbstbehalt auf einer Rechnung

Die Prämie zahlst du für den Versicherungsschutz. Die Kostenbeteiligung entsteht zusätzlich, wenn du gedeckte Leistungen nutzt. Bei der üblichen Abrechnung kommen zunächst die noch offene Franchise und danach der Selbstbehalt zum Zug.

Eine Rechnung von CHF 900 lesen

Für eine erwachsene Person mit ordentlicher Franchise von CHF 300 sei dies die erste gedeckte Behandlung im Kalenderjahr. Bei regulären 10 Prozent Selbstbehalt zahlt sie CHF 300 Franchise und CHF 60 auf die übrigen CHF 600. Ihr Anteil beträgt CHF 360, der Versicherer trägt CHF 540. Ungedeckte Positionen und ein Spitalbeitrag sind in diesem Beispiel nicht enthalten.

Begriff	Betrag oder Regel bei Erwachsenen
Ordentliche Franchise	CHF 300 je Kalenderjahr
Wahlfranchisen	CHF 500, 1’000, 1’500, 2’000 oder 2’500, je nach Angebot
Regulärer Selbstbehalt	10 Prozent nach Franchise, höchstens CHF 700 pro Jahr

Was «Höchstbetrag» hier bedeutet

Die CHF 700 begrenzen den regulären jährlichen Selbstbehalt. Andere Eigenkosten können hinzukommen, etwa bei einem Spitalaufenthalt, einer ungedeckten Leistung oder bestimmten Medikamenten. Schreibe deinen finanziellen Puffer deshalb nicht allein mit «Franchise plus CHF 700» an.

Zum Nachlesen 05 BAG 06 BAG

THEMA 1 / 07 VON 24

Drei Gesundheitsjahre durchgerechnet

Lea hat zwei fiktive Offerten für denselben Wohnort und dasselbe Modell. A kostet monatlich CHF 410 bei CHF 300 Franchise. B kostet CHF 345 bei CHF 2’500 Franchise. Der Prämienvorteil von B beträgt CHF 780 im Jahr. Jetzt kommt es auf Leas Behandlungskosten an.

Gedeckte Kosten im Jahr	A: Prämie + Beteiligung	B: Prämie + Beteiligung
CHF 200	4’920 + 200 = 5’120	4’140 + 200 = 4’340
CHF 1’200	4’920 + 390 = 5’310	4’140 + 1’200 = 5’340
CHF 5’000	4’920 + 770 = 5’690	4’140 + 2’750 = 6’890

Was die kleine Differenz im mittleren Jahr erklärt

Bei A bleiben nach CHF 300 Franchise noch CHF 900 übrig. Zehn Prozent davon sind CHF 90. Bei B liegt die ganze Rechnung von CHF 1’200 unter der Franchise. So gewinnt A im mittleren Jahr um gerade CHF 30. Im teuren Jahr wächst der Unterschied auf CHF 1’200.

> Die Modellrechnung gilt für regulären Selbstbehalt ohne Sonderfälle oder Spitalbeitrag. Wiederhole sie mit deinen eigenen Prämien. Die tiefere Jahresbelastung und die sofort verfügbare Geldreserve beantworten zwei unterschiedliche Fragen.

Zum Nachlesen 05 BAG 06 BAG

THEMA 1 / 08 VON 24

Laufende Behandlungen über den Jahreswechsel

Bei der Grundversicherung zählt für die Kostenbeteiligung das Behandlungsdatum. Beginnt eine Behandlung im Dezember und folgt die nächste Leistung im Januar, können zwei Kalenderjahre mit jeweils eigener Franchise betroffen sein.

Eine Rechnung im Februar für den Dezember

Lukas erhält im Februar die Abrechnung für eine Dezemberkonsultation. Er kontrolliert das Leistungsdatum und vergleicht den verrechneten Betrag mit dem Franchise-Stand des alten Jahres. Seine Januarkontrolle wird dagegen bereits dem neuen Jahr zugerechnet. Eine verspätete Rechnungsstellung verschiebt die Dezemberleistung nicht in das Folgejahr.

So planst du bei einer chronischen Erkrankung

Erfasse wiederkehrende Medikamente, Laborrechnungen und Kontrollen mit dem voraussichtlichen Jahr. Bitte die Praxis um eine Grössenordnung, wenn die finanzielle Planung davon abhängt. Für die Wahl der Franchise interessiert die Summe der voraussichtlich gedeckten Kosten vor Erstattung. Aus dem Betrag deiner letzten Überweisung allein lässt sie sich oft nicht ablesen.

- Fordere auf Wunsch eine Jahresübersicht mit Bruttokosten und deiner Beteiligung an.
- Prüfe neue Überweisungsregeln, falls gleichzeitig das Versicherungsmodell wechselt.
- Richte Behandlungen nach medizinischem Bedarf aus. Für die Versicherungswahl genügt eine Bandbreite realistischer Kosten.

Zum Nachlesen 05 BAG

THEMA 1 / 09 VON 24

Unfall über Arbeitgeber oder Krankenkasse

Für die Unfalldeckung zählt die konkrete Beschäftigung. Wer bei einem Arbeitgeber mindestens acht Stunden pro Woche arbeitet, ist dort grundsätzlich auch für Nichtberufsunfälle versichert. Kleinere Pensen bei verschiedenen Arbeitgebern darfst du für diese Schwelle nicht einfach addieren.

Was du vor einem Ausschluss prüfst

Lass dir vom Arbeitgeber Beginn und Umfang der Deckung nach Unfallversicherungsgesetz (UVG) bestätigen. Beantrage erst dann, die Unfalldeckung der Grundversicherung zu sistieren. Ein Kürzel auf der Lohnabrechnung hilft als Hinweis, beantwortet aber nicht jede Frage zu einem schwankenden Pensum. Beim Arbeitgeber versicherte Unfälle werden nach Unfallversicherungsrecht abgewickelt. Läuft ein Unfall über die Krankenkasse, gilt in der Regel die KVG-Kostenbeteiligung.

Beispiel bei einem Stellenwechsel

Nach einer Kündigung hat Mara eine Lücke bis zur neuen Stelle. Sie klärt mit dem bisherigen Unfallversicherer das Ende der Nachdeckung. Bei bisheriger Nichtberufsunfalldeckung läuft sie grundsätzlich 31 Tage nach dem Ende des Anspruchs auf mindestens den halben Lohn. Eine Abredeversicherung kann unter Voraussetzungen vor Ablauf abgeschlossen werden.

> Wenn sich Pensum, Selbstständigkeit oder Erwerbspause ändern, prüfe die Deckung erneut. Ein Kind ohne Arbeitgeber braucht den Unfallschutz in seiner Grundversicherung.

Zum Nachlesen 09 BAG 05 BAG

THEMA 1 / 10 VON 24

Arztrechnung, Rechnungskopie und Abrechnung

Die Rechnung der Praxis und die Leistungsabrechnung der Kasse erzählen verschiedene Teile derselben Geschichte. Die Praxis listet die Leistungen auf. Die Kasse zeigt, welchen Teil sie anerkennt und wie viel davon über Franchise und Selbstbehalt bei dir bleibt.

Abrechnungsweg	Wer erhält die Rechnung?	Was du kontrollierst
Tiers garant	In der Regel du; du reichst sie ein	Zahlungsfrist, Rückforderung und Eingang bei der Kasse
Tiers payant	Direkt die Kasse; du erhältst eine Kopie	Behandlungsdatum, Dauer und späteren Eigenanteil

Prüfe zuerst das Wiedererkennbare

Stimmen Name, Praxis, behandelter Zeitraum und Art des Kontakts? Bei einer unverständlichen Tarifposition frage die Praxis nach einer Erklärung. Bei einer Abweichung zwischen Rechnungsbetrag und anerkannten Kosten frage die Kasse nach dem konkreten Grund. Das sind zwei unterschiedliche Rückfragen.

Wenn die Zahlungsfrist vorher endet

Frage die Praxis rechtzeitig, ob sie einen Aufschub akzeptiert, wenn die Rückvergütung noch aussteht. Eine eingereichte Rechnung verlängert eine vereinbarte Zahlungsfrist nicht automatisch. Bewahre Korrespondenz, korrigierte Rechnung und Abrechnung als zusammengehörige Dokumente auf.

Zum Nachlesen 10 BAG 05 BAG

THEMA 1 / 11 VON 24

Medikamente und die Kosten an der Apotheke

Eine ärztliche Verschreibung allein beantwortet die Frage nach der Vergütung noch nicht. Entscheidend können das konkrete Präparat, seine Aufnahme in die einschlägige Liste und die dort festgelegten Bedingungen für die Anwendung sein.

Wenn der Selbstbehalt höher ausfällt

Bei bestimmten Arzneimitteln kann ein erhöhter Selbstbehalt von 40 Prozent anfallen, wenn ein ausreichend günstigeres austauschbares Präparat besteht. Frage in der Apotheke vor Bezug nach dem aktuell geltenden Selbstbehalt und einer geeigneten Alternative. Ob ein Wechsel medizinisch passt, klärst du mit den behandelnden Fachpersonen. Für medizinisch begründete Ausnahmen gelten eigene Voraussetzungen.

Beispiel einer wiederkehrenden Ausgabe

Für das Familienbudget macht es einen Unterschied, ob ein Präparat einmalig oder jeden Monat bezogen wird. Notiere auf deiner Liste den Namen, die Packungsgrösse und die Bezugsfrequenz. Frage die Kasse bei einer auffälligen Abrechnung, ob Franchise, normaler Selbstbehalt, erhöhter Selbstbehalt oder ein ungedeckter Betrag den Unterschied erklärt.

> Bei einer geplanten Therapie mit unklarer Deckung kann die Praxis vor Beginn eine Kostengutsprache abklären. Bewahre deren Geltungsdauer und allfällige Voraussetzungen auf.

Zum Nachlesen 05 BAG 10 BAG

THEMA 1 / 12 VON 24

Spitalwahl, Komfort und mögliche Mehrkosten

Bei einem geplanten Spitaleintritt sind drei Fragen verschieden: Ist der Eingriff eine Pflichtleistung? Hat das Spital für diesen Eingriff den passenden Leistungsauftrag? Und möchtest du eine besondere Abteilung oder bestimmte ärztliche Betreuung?

Die Spitalliste allein reicht manchmal nicht

Bei einer ausserkantonalen Wahlbehandlung kann eine Tarifdifferenz bei dir bleiben. Medizinische Gründe und Notfälle folgen anderen Regeln. Lass dir vor einer Wahlbehandlung vom Spital und von der zuständigen Kasse für den konkreten Eingriff bestätigen, welche Kosten sie übernehmen. Frage ausdrücklich nach verbleibenden Mehrkosten und einer nötigen Kostengutsprache.

Was auf einer Anmeldung stehen kann

Die Auswahl eines Einzelzimmers oder eines bestimmten Arztes kann eine private Zusatzvereinbarung auslösen. Prüfe vor der Unterschrift, ob deine Police die Klinik, die Abteilung und die beteiligten Ärzte anerkennt und ob ein eigener Kostenanteil vereinbart ist. Ein Hotelkomfort-Aufpreis kann anders behandelt werden als ein medizinisch notwendiges Einzelzimmer.

> Der gesetzliche Spitalbeitrag beträgt grundsätzlich CHF 15 pro Tag. Kinder, junge Erwachsene bis 25 in Ausbildung und Frauen für Mutterschaftsleistungen sind davon ausgenommen. Eine private Komfortrechnung gehört auf eine eigene Zeile.

Zum Nachlesen 11 BAG 05 BAG

THEMA 1 / 13 VON 24

Ambulanz, Rettung und Heimtransport

Transport zur Behandlung, Rettung aus einer akuten Gefahr und Heimtransport aus dem Ausland können auf derselben Reise vorkommen. Für die Grundversicherung sind es unterschiedliche Sachverhalte mit unterschiedlichen Leistungsgrenzen.

Situation	Grundregel bei erfüllten Voraussetzungen
Medizinisch notwendiger Krankentransport	50 Prozent, höchstens CHF 500 pro Kalenderjahr
Rettung aus akuter Gefahr in der Schweiz	50 Prozent, höchstens CHF 5’000 pro Kalenderjahr
Rücktransport in die Schweiz	Eigene Assistance- oder Zusatzdeckung prüfen

Ein Betrag, zwei Grenzen

Bei CHF 1’600 anerkannten Krankentransportkosten wären 50 Prozent CHF 800. Ist die jährliche Transportlimite ungenutzt, werden maximal CHF 500 als Leistungsbeitrag berücksichtigt. Eine noch offene Kostenbeteiligung kann die tatsächliche Auszahlung weiter reduzieren. Prüfe bei einem Unfall zuerst die Zuständigkeit der Unfallversicherung.

Für unterwegs

Speichere Assistance-Nummer, Policennummer und das Geltungsgebiet. Bei akuter Gefahr organisierst du sofort Hilfe. Kostengutsprachen betreffen vor allem planbare weitere Schritte wie einen organisierten Rücktransport; Angehörige sollten wissen, wo die Unterlagen liegen.

Zum Nachlesen 12 BAG 13 BAG

THEMA 1 / 14 VON 24

Ausland: Notfall oder geplante Behandlung?

Ein ungeplanter Arztbesuch in den Ferien und ein lange im Voraus vereinbarter Termin in Deutschland sind versicherungsrechtlich unterschiedliche Fälle. Die Landesgrenze allein erklärt weder die Deckung noch deinen Eigenanteil.

Ferien in der EU, EFTA oder im Vereinigten Königreich

Mit der europäischen Krankenversicherungskarte erhältst du während eines vorübergehenden Aufenthalts unter den geltenden Regeln Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen im gesetzlichen System des Aufenthaltslands. Die dortige Kostenbeteiligung kann von der schweizerischen abweichen. Frage, ob eine Praxis am öffentlichen System teilnimmt. Eine Privatrechnung kann anders ausfallen.

Fernreise oder Behandlung auf Wunsch

Ausserhalb dieses Raums ist die KVG-Notfalldeckung begrenzt. Prüfe vor der Reise die mögliche Lücke, besonders für einen Spitalaufenthalt. Geplante Behandlungen im Ausland brauchen eine eigene Grundlage. Wer bewusst den bisherigen Arzt in Deutschland besuchen möchte, lässt sich Land, Leistung, zugelassenen Arzt und persönliche Kostenbeteiligung schriftlich bestätigen.

> Praktisch im Schadenfall: Diagnose oder Behandlungsgrund, Leistungsdatum, einzelne Beträge, Währung und Zahlungsnachweis vor der Rückreise sichern. Eine Kreditkartenabrechnung allein erklärt nicht, welche medizinische Leistung erbracht wurde.

Zum Nachlesen 13 BAG

THEMA 1 / 15 VON 24

Prämienverbilligung im Familienbudget

Eine Prämienverbilligung kann den eigenen Beitrag zur Grundversicherung reduzieren. Die Kantone organisieren das Verfahren. Ob du einen Antrag einreichen musst, welche Einkommensdaten zählen und welche Frist gilt, richtet sich nach den Regeln des zuständigen Kantons.

So gehst du nach einem Einkommenswechsel vor

Wenn sich nach der Geburt eines Kindes das Arbeitspensum verändert, kann die letzte Steuerveranlagung ein anderes Bild zeigen als das aktuelle Haushaltsbudget. Frage die kantonale Stelle, ob und wie eine Veränderung gemeldet werden kann. Halte die verlangten Nachweise bereit und notiere, für welches Anspruchsjahr die Antwort gilt.

Zwei Zahlen getrennt erfassen

Vergleiche Angebote zuerst mit ungekürzter genehmigter Prämie. Trage eine zugesprochene Verbilligung danach separat in dein Haushaltsbudget ein. Auf diese Weise verwechselst du eine kantonale Unterstützung nicht mit einem Rabatt der Kasse. Bei einem Umzug ist zusätzlich zu klären, welcher Kanton für das betreffende Jahr zuständig ist.

- Notiere Eingabefrist und allfällige Nachreichfrist.
- Prüfe nach einem Entscheid, welche Familienmitglieder er umfasst.
- Gleiche die Gutschrift auf der Prämienrechnung mit der Verfügung ab.

Zum Nachlesen 08 BAG 04 Priminfo · Bund

THEMA 1 / 16 VON 24

Grundversicherung und Zusätze getrennt wählen

Eine einzelne Monatsrechnung kann mehrere Verträge enthalten. Markiere in der Police, welche Prämie auf die Grundversicherung entfällt und welche auf ambulante, stationäre oder weitere freiwillige Zusätze. Erst dann ist sichtbar, woran eine Ersparnis tatsächlich hängt.

Was eine Gesundheitsprüfung für den Wechsel bedeutet

Bei einer freiwilligen Krankenzusatzversicherung kann der Anbieter Gesundheitsfragen stellen und über die Aufnahme entscheiden. Er kann einen Vorbehalt anbieten oder einen Antrag ablehnen. Beantworte die gestellten Fragen vollständig und genau. Wenn dir ein Datum fehlt, besorge die Angabe oder erläutere die Unsicherheit schriftlich.

Zwei Anbieter können sinnvoll sein

Du kannst Grund- und Zusatzversicherung grundsätzlich bei unterschiedlichen Kassen haben. Bei einem Wechsel nur der Grundversicherung prüfst du, wie sich bestehende Kombinationsrabatte, die Rechnungsübermittlung und deine Ansprechpartner verändern. Behalte die bisherige Zusatzversicherung, bis die neue Annahme mit Umfang, Beginn und allfälligen Vorbehalten schriftlich vorliegt und du sie akzeptieren möchtest.

> Frage bei einem Paket ausdrücklich nach der Prämie jedes Bausteins. So wird erkennbar, ob ein besonders interessanter Fitnessbeitrag nur zusammen mit einem weiteren, kostenpflichtigen Zusatz erhältlich ist.

Zum Nachlesen 01 BAG 14 FINMA

THEMA 1 / 17 VON 24

Welche Zusatzleistungen nutzt du wirklich?

Beginne mit Belegen des letzten Jahres und deinen realistischen Plänen. Ein hoher Höchstbetrag hat nur dann finanziellen Wert für dich, wenn du die anerkannte Leistung nutzt und der Tarif dafür tatsächlich zahlt.

Bereich	Was du vor dem Vergleich klärst
Fitness	Ist dein konkretes Studio am richtigen Standort anerkannt? Gilt dein Abo?
Brillen	Welche Gläser oder Linsen zählen? Gilt der Betrag jährlich oder über mehrere Jahre?
Massagen	Sind Methode und behandelnde Person anerkannt? Braucht es eine Verordnung?
Vorsorge	Welche Untersuchung ist in welchem Abstand vergütbar? Ist bereits das KVG zuständig?

Ein gemeinsames Budget erkennen

Beispiel: Ein Tarif verspricht CHF 300 für Fitness und CHF 200 für weitere Prävention, begrenzt beide zusammen aber auf CHF 350. Selbst bei ausreichenden Ausgaben darfst du nur CHF 350 einplanen. Ist das zweite Angebot dafür teurer, rechne seine tatsächlich nutzbare Mehrleistung aus.

> Frag bei einer Praxis mit mehreren Therapeuten nach der behandelnden Person. Eine anerkannte Methode und eine bestätigte Praxisadresse beantworten nicht immer die Frage, ob genau diese Sitzung vergütet wird.

Zum Nachlesen 14 FINMA

THEMA 1 / 18 VON 24

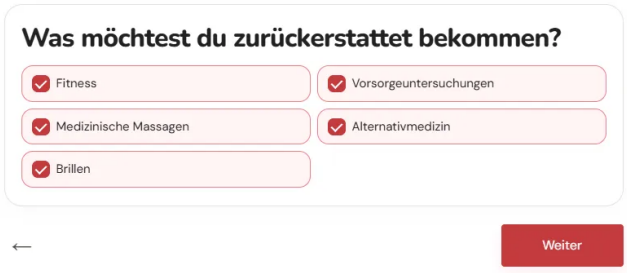
TrueLy Smart: Erst Wünsche, dann Ausgaben

Im ersten Schritt wählst du die Bereiche, für die du eine mögliche Rückerstattung vergleichen möchtest. Im zweiten gibst du für jeden ausgewählten Bereich deine jährlichen Ausgaben in Franken ein. So lässt sich ein Beitrag an deiner eigenen Nutzung messen.

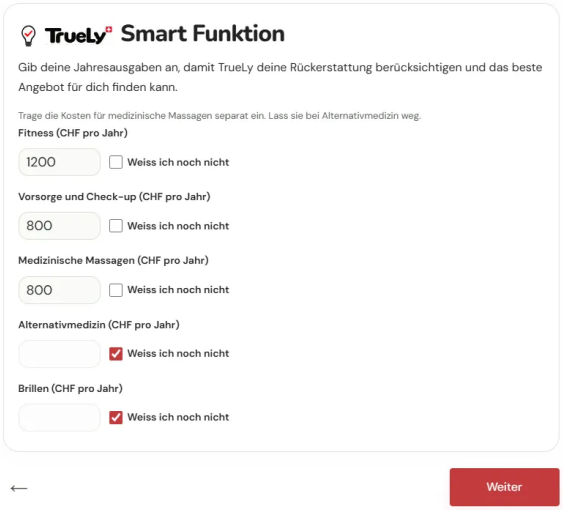
Die Beträge aus dem gezeigten Beispiel

Für Fitness werden CHF 1’200 pro Jahr eingetragen, für Vorsorge und Check-ups CHF 800 und für medizinische Massagen ebenfalls CHF 800. Medizinische Massagen haben ein eigenes Feld. Zähle dieselbe Rechnung nicht noch einmal bei der Alternativmedizin mit. Ist dir ein Betrag unbekannt, wähle «Weiss ich noch nicht».

1 Leistungen auswählen



2 Jahresausgaben angeben



> Wenn du ein Monatsabo hast, rechne die vorgesehenen Zahlungen fürs Jahr zusammen. Bei einer Brille, die du nur gelegentlich ersetzt, prüfe zusätzlich, wie das Ergebnis in einem Jahr ohne Brillenkauf aussieht.

Praxisbeispiel / Werte aus den bereitgestellten TrueLy-Smart-Abbildungen.

THEMA 1 / 19 VON 24

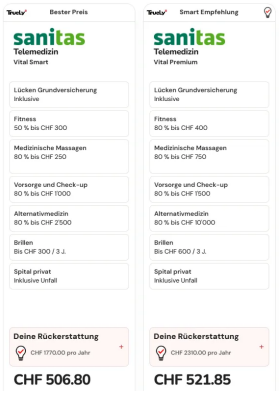
TrueLy Smart: Die Empfehlung nachrechnen

«Bester Preis» bezeichnet im gezeigten Vergleich die tiefste Monatsprämie. Die Smart Empfehlung berücksichtigt zusätzlich die voraussichtlichen jährlichen Rückerstattungen für die ausgewählten Leistungen. Das Beispiel zeigt, weshalb die beiden Ergebnisse auseinanderliegen können.

Beispiel in CHF	Bester Preis	Smart Empfehlung
Monatsprämie	506.80	521.85
Jahresprämie	6’081.60	6’262.20
Erwartete Rückerstattung	1’770.00	2’310.00
Jahresprämie nach Rückerstattung	4’311.60	3’952.20

Wie viel Mehrleistung braucht das teurere Angebot?

Die Monatsprämie ist CHF 15.05 höher, also CHF 180.60 pro Jahr. Der erwartete Mehrbetrag bei der Rückerstattung liegt bei CHF 540. Nach Abzug der zusätzlichen Prämie verbleiben CHF 359.40 rechnerischer Vorteil. Sobald die tatsächlich nutzbare zusätzliche Rückerstattung unter CHF 180.60 fällt, dreht sich das Ergebnis bei diesen Prämien.



Die beiden Ergebnis-Karten

Links steht das Angebot «Bester Preis», rechts die «Smart Empfehlung». Am unteren Rand zeigt jede Karte die erwartete jährliche Rückerstattung und die monatliche Prämie. Die Tabelle oben überträgt diese Werte auf ein ganzes Jahr.

> Die Beträge stammen aus der Ergebnisansicht. Wie sich die Rückerstattung bei unbekannten Ausgaben aufteilt, geht aus dem Bild nicht hervor. Eigene Ausgaben und KVG-Kostenbeteiligung sind zusätzlich zu budgetieren.

Praxisbeispiel / Werte aus den bereitgestellten TrueLy-Smart-Abbildungen.

THEMA 1 / 20 VON 24

Kassenwechsel: Frist, Zugang und Bestätigung

Für den ordentlichen Wechsel der Grundversicherung auf den 1. Januar 2027 muss die Kündigung spätestens am 30. November 2026 bei der bisherigen Kasse eintreffen. Entscheidend ist der Zugang. Ein Poststempel vom letzten Tag genügt dafür nicht.

Ein Wechsel in vier Schritten

- Vergleiche die genehmigte Prämie für 2027, prüfe das Modell und hinterlege die passende erste Anlaufstelle.
- Reiche den Beitritt zur neuen Grundversicherung ein. Lege die bisherige Versicherung und den gewünschten Beginn offen.
- Kündige die Grundversicherung eindeutig und sichere den Zugangsnachweis. Nenne betroffene Personen einzeln.
- Kontrolliere Bestätigung, Beginn der neuen Police und Information an die bisherige Kasse. Kläre ausstehende, gemahnte Beträge frühzeitig; sie können einem Wechsel entgegenstehen.

Verwechslungen vermeiden

Wenn deine Zusatzversicherung bestehen bleiben soll, nenne im Schreiben ausdrücklich die obligatorische Grundversicherung. Für freiwillige Zusätze gelten eigene Vertragsfristen. Bewahre Versand- und Eingangsbeleg zusammen auf. Wenn ein Termin eng wird, frage die Kasse nach akzeptiertem Übermittlungsweg und erreichbarer Annahmestelle.

> Auch ein Wechsel zu einer tieferen Franchise für den Jahresbeginn 2027 ist der Kasse bis 30. November 2026 schriftlich mitzuteilen. Für spätere Prämienjahre kontrollierst du die jeweils publizierten Termine.

Zum Nachlesen 07 BAG 14 FINMA

THEMA 1 / 21 VON 24

Zwischen zwei Ländern: Die richtige Zuständigkeit

Wer in einem Land arbeitet und im anderen lebt, kann nicht allein nach der günstigeren Prämie entscheiden. Wohnstaat, Erwerbsstaat, Status und Familienkonstellation können beeinflussen, welchem System eine Person untersteht.

Ein Haushalt, mehrere Abklärungen

Ein Elternteil arbeitet in Zürich, die Familie lebt zunächst in Deutschland. Das andere Elternteil nimmt später dort eine Arbeit auf. Die Zuständigkeit für die Kinder kann eine eigene Abklärung verlangen. Gib der zuständigen Stelle die Wohnorte, sämtliche Erwerbstätigkeiten, Startdaten und den Status der Angehörigen an. Bitte um eine schriftliche Einordnung samt allfälligen Fristen.

Geplanter Umzug in die Schweiz

Kläre vor Beendigung des bisherigen Schutzes, ab wann der neue greift und welche Nachweise beide Stellen benötigen. Reiseversicherung, frühere ausländische Police und schweizerische Grundversicherung haben verschiedene Aufgaben. Ein Grenzgängerrecht oder ein früheres Wahlrecht darf nicht einfach auf eine neue Lebenslage übertragen werden.

> Wer weiterhin eine Auslandspraxis besuchen möchte, klärt diese Leistung zusätzlich zur Versicherungsunterstellung. Bewilligung der Versicherungspflicht und Kostenzusage für eine bestimmte Behandlung sind zwei getrennte Entscheidungen.

Zum Nachlesen 02 BAG 13 BAG

THEMA 1 / 22 VON 24

Wenn die Kasse weniger bezahlt als erwartet

Beginne mit einer einzigen strittigen Position. Handelt es sich um eine nicht anerkannte Leistung, offene Franchise, regulären Selbstbehalt, eine Modellregel oder ein fehlendes Dokument? Je genauer du das Problem eingrenzt, desto eher kann die richtige Stelle antworten.

Eine Rückfrage, mit der sich arbeiten lässt

«Auf der Abrechnung vom 12. Mai wurden von der Rechnung der Praxis CHF 180 nicht berücksichtigt. Bitte erläutern Sie mir die betroffene Position, die Entscheidungsgrundlage und ob ein Bericht oder eine Verordnung fehlt.» Ergänze Versichertennummer und Rechnungsdatum und sende über den vorgesehenen geschützten Kanal nur die nötigen Unterlagen.

Wenn die Antwort den Streit nicht klärt

Bei einem KVG-Entscheid kannst du eine formelle Verfügung mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung verlangen. Die Einsprachefrist beträgt grundsätzlich 30 Tage ab Eröffnung. Richte dich nach der Belehrung im konkreten Schreiben. Bei einem freiwilligen Zusatzvertrag folgt die Auseinandersetzung anderen Regeln. Eine informelle Anfrage ersetzt keine fristgerechte Eingabe.

> Halte drei Daten auseinander: Behandlung, Rechnungsstellung und Erhalt des Entscheids. Hebe bei laufender Frist den Zustellnachweis auf. Eine Ombudsstelle kann vermitteln, wahrt aber nicht automatisch deine Rechtsmittelfrist.

Zum Nachlesen 10 BAG 18 BAG 25 Preisüberwachung

THEMA 1 / 23 VON 24

Eine Familie, drei passende Lösungen

Ein Paar mit Kind muss sich nicht auf eine einheitliche Franchise und ein einheitliches Modell einigen. Rechne zuerst pro Person. Erst im zweiten Schritt kommen Familienrabatte, Prämienverbilligung und die praktische Abwicklung hinzu.

Ein fiktiver Haushalt im Vergleich

Noah arbeitet auswärts und schätzt eine gut erreichbare telefonische Erstberatung. Jasmin ist in fachärztlicher Behandlung und möchte ihre Praxis behalten. Für das Kind braucht die Familie eine erreichbare Kinderarztpraxis samt Vertretung. Ein günstiges Modell für Noah kann den Behandlungsweg der beiden anderen komplizierter machen.

Person	Was den Ausschlag gibt	Nächste Abklärung
Noah	Erreichbarkeit und rasche Orientierung	Rückrufzeiten und Freigabe für den nächsten Schritt
Jasmin	Fortsetzung laufender Betreuung	Praxislisten, Überweisung, erwartete Jahreskosten
Kind	Kinderpraxis, Unfall und tiefe direkte Belastung	Aufnahmekapazität der Praxis und Kinderfranchise

Gemeinsam rechnen

Addiere die Jahresprämien erst nach dieser Prüfung. Rechne ein Jahr, in dem zwei Familienmitglieder gleichzeitig Kosten verursachen. Der entscheidende finanzielle Engpass kann der Monat mit mehreren offenen Rechnungen sein, selbst wenn die Jahresdifferenz klein aussieht.

Zum Nachlesen 01 BAG 06 BAG 08 BAG

THEMA 1 / 24 VON 24

Dein Entscheidungsblatt für die Krankenkasse

Mit diesem Blatt kannst du eine Beratung vorbereiten oder zwei konkrete Offerten vergleichen. Lege neben jedes Angebot die zugehörigen Modellregeln und die Konditionen der Zusätze. Fülle die Felder in derselben Reihenfolge aus.

Trage deine Werte ein	Angebot A	Angebot B
Jahr, Gemeinde, Person	_____	_____
Modell und bestätigte Praxis	_____	_____
Monatsprämie / Jahresprämie	_____	_____
Franchise / Unfall ja oder nein	_____	_____
Zusatzprämie pro Jahr	_____	_____
Realistisch nutzbare Erstattung	_____	_____
Kosten in einem teuren Jahr	_____	_____

Drei Fragen vor deiner Unterschrift

- Kann ich erklären, wen ich beim nächsten gesundheitlichen Problem zuerst kontaktiere?
- Könnte ich die erwartete Eigenbeteiligung auch dann bezahlen, wenn die erste grössere Rechnung schon im Januar eintrifft?
- Habe ich für jeden Zusatz, den ich ersetzen möchte, eine schriftliche Annahme einschliesslich aller Vorbehalte?

> Schreibe einen Satz als Entscheidungshilfe: «Ich wähle dieses Angebot, weil …». Wenn dein einziger Grund die tiefere Monatsprämie ist, schau die Zeilen zu Praxis, Jahresrisiko und Rückerstattung nochmals an.

Zum Nachlesen 04 Priminfo · Bund 07 BAG 14 FINMA

THEMA 2 / 01 VON 18

Vor der Geburt: Was ihr jetzt entscheiden könnt

Die erste Krankenversicherung lässt sich gut vorbereiten, wenn ihr drei Dinge auseinanderhaltet: die Versicherung der Mutter, die eigene Grundversicherung des Kindes und freiwillige Zusätze für das Baby. Jede Entscheidung hat eine eigene Frist und eigene Aufnahmebedingungen.

Zeitpunkt	Was sich jetzt erledigen lässt
Während der Schwangerschaft	Kinderprämien vergleichen, Kinderarztpraxis suchen, Wünsche an Zusätze aufschreiben
Bei einem vorgeburtlichen Antrag	Schriftlich klären, welche Bausteine zugesagt sind und was nach der Geburt noch fehlt
Nach der Geburt	Personalien melden, Grundversicherung fristgerecht sicherstellen, Policen kontrollieren

Wenn gerade wenig Zeit bleibt

Priorität haben die Grundversicherung des Kindes und eine erreichbare Praxis. Eine ausstehende Antwort zur privaten Spitaldeckung soll diese beiden Schritte nicht verzögern. Wer die Kasse der Eltern übernehmen möchte, prüft trotzdem Kinderprämie und Praxisliste. Das Kind kann grundsätzlich eine andere Kasse haben.

> Teilt die Arbeit konkret auf: Eine Person übernimmt Anmeldungen und Fristen, die andere telefoniert mit der Kinderarztpraxis. Speichert die Bestätigungen so, dass ihr beide sie nach der Geburt wiederfindet.

Zum Nachlesen 02 BAG 15 BAG 14 FINMA

THEMA 2 / 02 VON 18

Die Dreimonatsfrist nach der Geburt

Wohnt das Neugeborene in der Schweiz, braucht es grundsätzlich eine eigene Grundversicherung. Die Anmeldung hat innert drei Monaten ab Geburt zu erfolgen. Erfolgt sie rechtzeitig, sind Schutz und Prämien ab dem Geburtstag geschuldet.

Die Tage vor der ersten Versicherungskarte

Auch ein gesundes Kind kann schon vor der ersten Karte eine Konsultation haben. Nennt der Praxis den Namen und das Geburtsdatum des Kindes und den gewählten Versicherer, soweit er feststeht. Lasst euch erklären, wie eine vorläufig erstellte Rechnung später zugeordnet wird. Sammelt Belege chronologisch, damit nichts verloren geht.

Ein Fristbeispiel ohne Kalenderfalle

Ein Kind wird am 12. April geboren. Ein sinnvoller persönlicher Termin für die Erledigung liegt bereits im Mai. Wer stattdessen pauschal «irgendwann im Juli» vormerkt, verliert den Bezug zum tatsächlichen Geburtstag. Gerade bei einer Frühgeburt zählt die tatsächliche Geburt und nicht der errechnete Termin.

> Liegt die Geburt bereits länger zurück und ist die Anmeldung offen, kontaktiert sofort die zuständige kantonale Stelle und einen zugelassenen Versicherer. Eine verspätete Anmeldung kann eine Deckungslücke und gegebenenfalls einen Zuschlag auslösen.

Zum Nachlesen 02 BAG

THEMA 2 / 03 VON 18

Die Kinderarztpraxis vor dem Tarif auswählen

Eine Praxis kann auf einer offiziellen Modellliste stehen und trotzdem keine neuen Familien aufnehmen. Klärt deshalb zwei Fragen getrennt: Darf euer Kind im gewünschten Modell dorthin, und kann die Praxis euer Kind tatsächlich betreuen?

Ein Telefonat, das Zeit spart

«Wir erwarten im Frühjahr ein Baby und wohnen in Ihrer Nähe. Nehmen Sie Neugeborene auf? Wie vereinbaren wir nach der Geburt den ersten Termin? Welche Vertretung ist vorgesehen, wenn Sie geschlossen haben?» Notiert Name und Standort. Gleicht danach genau diese Adresse mit dem Praxisverzeichnis der Kasse ab.

Den Alltag mitdenken

Ein Zentrum am Arbeitsort ist bequem, solange ein Elternteil dort arbeitet. Mit einem kranken Baby kann eine Praxis im Wohnquartier praktischer sein. Vergleicht Weg, Erreichbarkeit und Modellablauf, wenn die Eltern abwechselnd zum Termin gehen. Bei einem telefonischen Erstmodell müssen beide wissen, ob und wann sie zuerst anrufen sollen.

- Wer betreut das Kind an regulären Werktagen?
- Welche Vertretung nutzt ihr am Wochenende und welche Meldung verlangt euer Modell?
- Wie erreicht eine andere Betreuungsperson euch und die wichtigsten Versicherungsangaben?

Zum Nachlesen 03 BAG 02 BAG

THEMA 2 / 04 VON 18

Kinderfranchise: Was ein Rabatt wert ist

Die ordentliche Franchise für Kinder beträgt CHF 0. Angeboten werden können Wahlfranchisen von CHF 100 bis CHF 600 in Hunderterschritten. Der reguläre Selbstbehalt ist bei Kindern grundsätzlich auf CHF 350 pro Kalenderjahr begrenzt.

Ein fiktiver Vergleich für das erste Jahr

Angenommen, zwei Angebote im gleichen Modell unterscheiden sich bei der Prämie um CHF 8 monatlich. Die höhere Kinderfranchise spart damit CHF 96 im Jahr. Bei CHF 500 gedeckten Behandlungskosten und 10 Prozent Selbstbehalt zahlt die Familie bei Franchise null CHF 50. Bei Franchise CHF 300 fallen CHF 300 plus CHF 20 an. Das sind CHF 270 mehr Beteiligung und nach dem Prämienvorteil noch CHF 174 Mehrbelastung.

Der Blick auf den ersten Winter

Einzelne Vorsorgetermine machen Ausgaben planbar, andere Arztbesuche sind schwer vorherzusagen. Rechnet deshalb einmal mit wenig und einmal mit mehreren Konsultationen, ohne aus fiktiven Beträgen eine Prognose für euer Kind zu machen.

> Bei mehreren Kindern derselben Familie beim selben Versicherer können besondere Obergrenzen gelten. Lasst euch für eure Kombination von Kinderfranchisen die Regel und eine Jahresabrechnung erklären.

Zum Nachlesen 06 BAG 05 BAG

THEMA 2 / 05 VON 18

Kinderunfälle: Wer ist zuständig?

Für ein Baby ohne eigene UVG-Deckung gehört Unfall in die Grundversicherung. Die Unfallversicherung eines erwerbstätigen Elternteils versichert dessen Kind nicht allein deshalb mit, weil beide im selben Haushalt wohnen.

Nach einem Ereignis die Angaben sichern

Bei einem Unfall hat die Versorgung Vorrang. Für die spätere Meldung sind Zeitpunkt, Ort, Ablauf, betroffene Körperstelle und behandelnde Praxis hilfreich. Eine Betreuungsperson, die dabei war, kann den Hergang möglichst zeitnah in eigenen Worten festhalten. Gebt der Kasse die erbetenen Informationen und notiert eine allfällige Fallnummer.

Wenn die Betreuung ausser Haus stattfindet

Passiert etwas in der Kita oder bei den Grosseltern, klärt die medizinische Versicherung des Kindes und eine mögliche Haftungsfrage getrennt. Allein aus dem Unfallort ergibt sich nicht, dass eine andere Person haften muss. Für die Abrechnung einer ärztlichen Leistung ist zunächst die richtige Zuordnung zur Versicherung des Kindes wichtig.

> Schon bei der ersten Police kontrollieren: Stimmt der Beginn, steht Unfall auf «eingeschlossen» und kennen beide Eltern den Meldeweg? Eine Zusatzleistung für Unfallfolgen hat einen anderen Zweck als die Deckung der Heilbehandlung.

Zum Nachlesen 09 BAG 05 BAG 02 BAG

THEMA 2 / 06 VON 18

Was eine vorgeburtliche Zusage wirklich umfasst

Eine vorgeburtliche Anmeldung kann helfen, gewünschte freiwillige Leistungen vor der Geburt zu klären. Ein standardisierter Anspruch auf jeden gewünschten Zusatz entsteht daraus nicht. Welche Produkte vorgeburtlich beantragt und unter welchen Bedingungen angenommen werden, bestimmt das konkrete Angebot.

Vier verschiedene Dokumente erkennen

Dokument	Was es dir sagt
Offerte	Preis und vorgeschlagene Bausteine; der Schutz ist damit noch nicht zugesagt
Antrag	Was ihr beantragt habt und welche Angaben ihr gemacht habt
Annahmebestätigung	Welche Teile der Versicherer zu welchen Bedingungen akzeptiert
Police	Versicherte Person, Beginn und endgültig dokumentierter Umfang

Beispiel eines Pakets

Ihr möchtet ambulante Leistungen, eine höhere Spitalabteilung und später Beiträge an eine Zahnspange. Fragt für jeden Baustein einzeln, ob die Annahme definitiv ist, ob noch Gesundheitsangaben nötig sind und wann die Leistung beginnt. Schreibt den genauen Produktnamen neben die Antwort. Eine Aussage wie «Das Baby ist schon versichert» kann sonst leicht zu weit verstanden werden.

> Die Anmeldung zur Grundversicherung erledigt ihr unabhängig davon. Die Aufnahme dort ist für ein versicherungspflichtiges Kind auch bei einer gesundheitlichen Auffälligkeit gewährleistet.

Zum Nachlesen 14 FINMA 02 BAG

THEMA 2 / 07 VON 18

Gesundheitsfragen richtig beantworten

Bei freiwilligen Zusätzen sind die Fragen im konkreten Antrag entscheidend. Lest, auf welche Person, welchen Zeitraum und welche Befunde sie sich beziehen. Antwortet vollständig und wahrheitsgetreu auf die tatsächlich gestellten Fragen.

So vermeidet ihr Widersprüche

Prüft Arztunterlagen, wenn ihr einen Untersuchungsgrund oder ein Datum nicht genau erinnert. Ratet nicht zwischen «auffällig» und «unauffällig», wenn ein Ergebnis noch aussteht. Beschreibt den Stand der Abklärung in der vom Anbieter vorgesehenen Form und fragt, wie spätere Änderungen bis zur Annahme zu melden sind. Speichert den ausgefüllten Antrag und die Beilagen.

Falls es einen Vorbehalt gibt

Ein Vorbehalt schränkt die Deckung für bestimmte Sachverhalte ein. Er kann für eure ursprüngliche Motivation wichtig sein. Fragt, welche Diagnose, Folgebehandlungen und Zeitspanne er umfasst, ob er überprüft werden kann und welche Nachweise dafür erforderlich sind. Entscheidet anhand der verbleibenden Leistungen und der dafür verlangten Prämie.

> Bewahrt medizinische Angaben geschützt auf. Für eine erste allgemeine Preisfrage braucht ein Dritter meist keinen vollständigen Untersuchungsbericht. Für die Risikoprüfung nutzt ihr den dafür vorgesehenen sicheren Kanal des Versicherers.

Zum Nachlesen 14 FINMA

THEMA 2 / 08 VON 18

Welche Kosten gehören zur Mutter, welche zum Baby?

Der gemeinsame Aufenthalt nach der Geburt führt nicht automatisch zu einer einzigen versicherten Person. Entscheidend ist, um welche Leistung es geht und für wen sie erbracht wurde. Prüft deshalb den Namen und den Behandlungsgrund auf jeder Rechnung.

Zwei typische Situationen

Situation	Übliche Zuordnung
Pflege und Aufenthalt des gesunden Neugeborenen bei der Mutter im Spital	Zu den Mutterschaftsleistungen über die Grundversicherung der Mutter
Eigene medizinische Behandlung des erkrankten Neugeborenen	Zur Versicherung des Kindes; bei anerkanntem Geburtsgebrechen gegebenenfalls zur IV

Wenn zwei Abrechnungen eintreffen

Ein Aufenthalt kann sowohl die Geburt als auch eine zusätzliche Behandlung des Kindes umfassen. Fragt die Abrechnung des Spitals, welche Position wem zugeordnet ist und ob eine Korrektur nötig ist. Leitet die Unterlagen anschliessend an den zuständigen Kostenträger. Zwei Rechnungen mit ähnlichem Datum bedeuten allein noch keine Doppelverrechnung.

> Wahlleistungen wie ein Familienzimmer oder die Verpflegung einer Begleitperson haben eigene Preis- und Deckungsregeln. Fordert die Aufstellung möglichst vor dem Aufenthalt an und bewahrt eine allfällige Kostenzusage separat auf.

Zum Nachlesen 15 BAG 18 BAG

THEMA 2 / 09 VON 18

Mutterschaft: Was sich zum 1. Januar 2027 ändert

Rund um den Jahreswechsel lohnt sich der Blick auf das Leistungsdatum. Der Bundesrat hat am 25. November 2026 beschlossen, die neue Regel zur Kostenbeteiligung per 1. Januar 2027 in Kraft zu setzen.

Zeitraum	Was für die Schwangere gilt
Bis Ende 2026	Besondere Mutterschaftsleistungen sind von der Kostenbeteiligung befreit. Bei allgemeinen Krankheits- und Pflegeleistungen gilt die Befreiung ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Geburt.
Ab 1. Januar 2027	Für die gesetzlich erfassten Leistungen beginnt die Befreiung bereits am ersten Tag der ärztlich oder durch eine Hebamme bescheinigten Schwangerschaft. Sie dauert bis acht Wochen nach der Niederkunft oder dem Ende der Schwangerschaft.

Wenn die Schwangerschaft über den Jahreswechsel geht

Bewahrt eine Bestätigung zum Beginn der Schwangerschaft auf. Bei einer unklaren Abrechnung fragt nach dem Behandlungsdatum, der Leistungsart und der angewandten Regel. Aus dem Rechnungsdatum allein lässt sich nicht ableiten, welche Vorschrift die Kasse anwenden muss.

> Die Befreiung regelt die Kostenbeteiligung an gedeckten Leistungen. Eine privat vereinbarte Komfortleistung oder eine frei gewählte, ungedeckte Untersuchung wird dadurch nicht automatisch bezahlt.

Zum Nachlesen 15 BAG 16 Bundesrat 17 BAG

THEMA 2 / 10 VON 18

Geburtshaus, Spital und Familienzimmer

Wünscht ihr einen bestimmten Geburtsort, klärt zuerst die Deckung der Geburt über die Mutter. Das gewünschte Spital oder Geburtshaus und sein Leistungsauftrag gehören in diese Abklärung. Komfortwünsche und Leistungen für das Kind kommen danach.

Drei Fragen an die Einrichtung

- Welche Leistungen rund um Geburt und Aufenthalt laufen über die Grundversicherung, und wird für ausserkantonale Patientinnen eine vorgängige Kostengutsprache benötigt?
- Was kostet ein Familienzimmer, wenn es verfügbar ist? Sind Mahlzeiten und Übernachtung der Begleitperson im Betrag enthalten?
- Wie wird abgerechnet, wenn das Kind in eine andere Abteilung oder ein anderes Spital verlegt wird?

Ein häufiger Denkfehler im Budget

Ein Paar erhält eine Preisliste pro Nacht und rechnet mit einer Pauschale für den gesamten Aufenthalt. Lasst euch Einheit, Beginn und Ende der Verrechnung erläutern. Klärt auch, ob die gewünschte Zimmerkategorie nur nach Verfügbarkeit angeboten wird. Eine medizinische Behandlung hat andere Voraussetzungen als die freiwillige Buchung.

> Schreibt euch vor dem Eintritt auf, welche Wahlleistungen ihr akzeptieren möchtet. So kann auch die Begleitperson am Empfang entscheiden, ohne unter Zeitdruck alle Bedingungen neu zu lesen.

Zum Nachlesen 15 BAG 11 BAG

THEMA 2 / 11 VON 18

Hebamme, Wochenbett und Stillberatung

Die Grundversicherung kennt besondere Leistungen rund um das Wochenbett. Die Hebamme kann zu Hause Mutter und Kind betreuen. Damit der Ablauf nach der Entlassung funktioniert, sind Kontakt, Wohnort, Zeitraum und eine allfällige Vertretung bereits vor der Geburt sinnvoll.

Anspruch und Organisation zusammenbringen

In den ersten 56 Tagen sieht die Regel grundsätzlich bis zu zehn Hausbesuche vor. Bei Erstgebärenden sowie nach Frühgeburt, Mehrlingsgeburt oder Kaiserschnitt sind bis zu 16 möglich. Für zusätzliche Besuche oder Besuche nach den 56 Tagen kann eine ärztliche Anordnung nötig sein. Für wiederholte Besuche am selben Tag gelten eigene Voraussetzungen. Drei Stillberatungen durch entsprechend qualifizierte Fachpersonen gehören zu den vorgesehenen Leistungen.

Vor dem ersten Termin

Fragt, ob zusätzliche Kosten für Wahlleistungen, Material oder Pikett separat anfallen. Bei Angeboten, die mehrere Leistungen bündeln, bittet um eine Aufschlüsselung. So wisst ihr, welcher Teil der Kasse gemeldet wird und welcher Teil einer individuellen Vereinbarung entspricht.

> Legt im Telefon die Nummer der Hebamme und ihrer Vertretung ab. Bei einem früheren Geburtstermin oder einem längeren Spitalaufenthalt reicht dann eine Nachricht, um den ersten Besuch neu zu koordinieren.

Zum Nachlesen 15 BAG

THEMA 2 / 12 VON 18

Früherkennung, Impfungen und freiwillige Angebote

Bei Einladungen zu einer Kontrolle ist die praktische Frage meist dieselbe: Ist die Leistung im vorgesehenen Alter und unter den Bedingungen der Grundversicherung gedeckt? Die Kinderarztpraxis kann den geplanten Ablauf und allfällige zusätzliche Angebote erläutern.

Vor dem Termin klären

Fragt bei einer freiwilligen Zusatzuntersuchung, welchem Zweck sie dient und ob separat abgerechnet wird. Für die Abrechnung von Vorsorge gelten definierte Leistungen und Voraussetzungen. Für konkrete medizinische Entscheidungen sind Kinderärztin oder Kinderarzt die richtige Anlaufstelle.

Eine Änderung seit Januar 2026

Bei den in Artikel 12a KLV erfassten prophylaktischen Impfungen und zugehörigen Impfberatungen entfällt seit 1. Januar 2026 die Franchise. Der reguläre Selbstbehalt bleibt grundsätzlich bestehen. Nicht jede Reiseimpfung fällt unter dieselben Regeln. Prüft vor einer geplanten Reise, für welche Leistung die Kasse im individuellen Fall aufkommt.

> Führt ein gemeinsames Dossier für Impfausweis, Kontrolltermine und Versicherungsabrechnungen. Die medizinische Empfehlung zu einem Termin und die Aussage über dessen Bezahlung dokumentiert ihr getrennt, damit sie später nicht verwechselt werden.

Zum Nachlesen 19 BAG 10 BAG

THEMA 2 / 13 VON 18

Bei einem Geburtsgebrechen: Kasse und IV

Besteht ein anerkanntes Geburtsgebrechen, kann die Invalidenversicherung für notwendige medizinische Behandlungen zuständig sein. Es gelten eine amtliche Liste und konkrete Voraussetzungen. Nicht jede bei Geburt bestehende Auffälligkeit führt zu einem IV-Anspruch.

Wie die Familie das Verfahren ordnet

Bittet das Behandlungsteam um eine Erklärung, ob eine IV-Anmeldung angezeigt ist, welche ärztlichen Unterlagen erforderlich sind und welche kantonale IV-Stelle zuständig ist. Notiert Datum und Aktenzeichen der Anmeldung. Die Grundversicherung meldet ihr unabhängig davon fristgerecht an. Reicht Rechnungen unter Angabe der laufenden Abklärung an die bezeichnete Stelle weiter.

Was der schriftliche Entscheid abdeckt

Lest, welche Diagnose, Leistungen und Zeiträume anerkannt werden. Eine Kostengutsprache für eine bestimmte Behandlung gilt nicht automatisch für jede spätere Untersuchung. Bei anerkannter Zuständigkeit finanziert die IV die notwendigen medizinischen Massnahmen für das Geburtsgebrechen grundsätzlich bis zum vollendeten 20. Altersjahr.

> Bei Unklarheit bittet die Sozialberatung des Spitals um Hilfe bei der Koordination. Ein vollständiger Ordner mit Arztberichten, Entscheiden, Verordnungen und offenen Rechnungen entlastet euch besonders bei mehreren beteiligten Stellen.

Zum Nachlesen 20 BSV 02 BAG

THEMA 2 / 14 VON 18

Kinder im Spital: Mitübernachten und organisieren

Wenn ein Kind stationär behandelt wird, wünschen sich viele Eltern die Möglichkeit, bei ihm zu bleiben. Ärztliche Versorgung des Kindes und Unterkunft der Begleitperson haben unterschiedliche Kosten- und Deckungsregeln.

Rooming-in konkret erfragen

Fragt im Spital, ob Eltern im Zimmer übernachten können, welche Altersgrenzen gelten und ob Bett, Mahlzeiten und Parkieren getrennt verrechnet werden. Beim Zusatzversicherer fragt ihr nach Tagesbetrag, maximalen Nächten, anerkannten Spitälern und allfällig erforderlicher Kostenzusage. Lasst auch klären, auf wessen Police der Anspruch beruht.

Ein fiktives Beispiel

Vier Übernachtungen kosten für die Begleitperson je CHF 55. Angenommen, ein Tarif erstattet CHF 40 je Nacht für höchstens drei Nächte. Dann stehen CHF 220 Ausgaben einem möglichen Beitrag von CHF 120 gegenüber. CHF 100 bleiben bei der Familie, zusätzliche Mahlzeiten sind noch nicht berücksichtigt.

> Eine Versicherung ersetzt keine Organisation für zu Hause. Notiert, wer Geschwister betreuen oder Unterlagen bringen kann. Übergebt der zweiten Bezugsperson auch die Policennummer und den Namen der zuständigen Abteilung.

Zum Nachlesen 14 FINMA 11 BAG

THEMA 2 / 15 VON 18

Drei Babyangebote anhand eurer Prioritäten lesen

Namen wie Basis, Komfort oder Premium können die Auswahl erleichtern. Welche Leistung sich dahinter verbirgt, steht in der jeweiligen Offerte. Prüft zuerst die Wünsche, die im Alltag tatsächlich eine Rolle spielen.

Wunsch der Eltern	Konkreter Prüfpunkt
Dieselbe Kinderarztpraxis	Ist genau dieser Standort im Modell und nimmt er das Kind auf?
Übernachtung bei einem Spitalaufenthalt	Betrag pro Nacht, Höchstzahl, Altersgrenze und Nachweis
Beiträge an spätere Zahnkorrekturen	Aufnahmealter, Wartefrist, Gesamtlimite, Retention
Therapie ausserhalb der Grundversicherung	Anerkennung von Methode, Person und Verordnung

Der Budgettest

Zwei fiktive Zusatzpakete unterscheiden sich um CHF 18 monatlich. Das sind CHF 216 jährlich und bei unveränderter Prämie CHF 1’080 in fünf Jahren. Entscheidet, welche Mehrleistung ihr für diesen Betrag einkauft. Für ein seltenes grosses Risiko zählt neben der erwarteten Auszahlung auch, welche Rechnung ihr selbst tragen könnt.

> Denkt in Zeitfenstern. Eine Leistung kann für das erste Jahr unwichtig, ein frühzeitiger Zugang zu einem später interessanten Zusatz aber wertvoll sein. Verlangt dazu die tatsächlichen Aufnahmebedingungen.

Zum Nachlesen 14 FINMA 02 BAG

THEMA 2 / 16 VON 18

Wenn das Baby früher kommt als geplant

Eine Frühgeburt verändert oft die Reihenfolge der Aufgaben. Während das Behandlungsteam euer Kind versorgt, kann eine Bezugsperson die administrativen Schritte übernehmen. Die gesetzliche Aufnahme in die Grundversicherung hängt nicht vom Gesundheitszustand ab.

In welcher Reihenfolge vorgehen?

- Den tatsächlichen Geburtstag, die Personalien und die Kontaktstelle des Spitals festhalten.
- Eine allenfalls vorgeburtlich gewählte Grundversicherung informieren oder die Anmeldung einreichen. Bei offenen Unterlagen nach dem sicheren Nachreichweg fragen.
- Bei laufendem Zusatzantrag schriftlich klären, was bereits verbindlich angenommen war und was der Anbieter noch braucht.
- Mit der Spitaladministration besprechen, wo Rechnungen bis zur endgültigen Versichertennummer gesammelt werden und ob eine IV-Abklärung läuft.

Was im Gespräch hilft

Ein Elternteil schreibt nach jedem Telefonat Datum, Namen, Zuständigkeit und vereinbarten nächsten Schritt auf. Verlasst euch bei einem offenen Zusatzbaustein nicht auf die Tatsache, dass bereits eine Offerte vorliegt. Fragt ausdrücklich nach dem schriftlich bestätigten Versicherungsbeginn und den erfassten Leistungen.

> Auch bei längerem Aufenthalt zählt die Frist zur Anmeldung grundsätzlich vom Geburtstag. Setzt im gemeinsamen Kalender einen frühen persönlichen Termin und eine zweite Erinnerung.

Zum Nachlesen 02 BAG 18 BAG 20 BSV

THEMA 2 / 17 VON 18

Die erste Prämie und die erste Kinderrechnung

Nach der Geburt kommen mehrere Briefe zusammen. Sortiert zuerst nach Person, dann nach Dokumentart. Die erste Prämienrechnung für das Kind und die Leistungsabrechnung für eine Konsultation haben zwei verschiedene Bedeutungen.

Was auf der ersten Police stimmen sollte

Kontrolliert Schreibweise des Namens, Geburtstag, Beginn, Modell, Kinderfranchise, Unfalldeckung und Zustelladresse. Bei rechtzeitiger Anmeldung wird die Grundprämie ab Geburt taggenau geschuldet. Bei einer Anmeldung einige Wochen nach der Geburt können deshalb mehrere Zeitabschnitte gemeinsam in Rechnung gestellt werden.

Ein einfacher Abgleich

Eine gedeckte Kinderarztrechnung beträgt im fiktiven Beispiel CHF 240. Bei Franchise null, normalem Selbstbehalt und bisher ungenutztem Jahresmaximum bleiben CHF 24 bei euch. Ein Betrag von CHF 240 auf der Originalrechnung sagt also nichts darüber aus, wie viel die Familie endgültig trägt. Prüft die folgende Leistungsabrechnung und allfällige ungedeckte Positionen.

> Wenn die Rechnung auf den Namen der Mutter ausgestellt ist, obwohl das Kind behandelt wurde, klärt die Zuordnung mit der Praxis. Eine eigenhändige Namensänderung auf dem Beleg erschwert die spätere Nachverfolgung.

Zum Nachlesen 02 BAG 05 BAG

THEMA 2 / 18 VON 18

Euer Familienfahrplan zum Abhaken

Dieses Blatt begleitet euch von der Schwangerschaft bis zum ersten Versicherungsmonat. Vermerkt zu jeder offenen Frage eine zuständige Person. Gerade wenn zwei Elternteile mit verschiedenen Stellen sprechen, kann sonst dieselbe Aufgabe zweimal begonnen und keine abgeschlossen werden.

Erledigung	Wer / bis wann?	Nachweis
Praxisaufnahme und Modell bestätigt	_____	_____
Gewünschte Zusätze einzeln geklärt	_____	_____
Anmeldung Grundversicherung eingereicht	_____	_____
Geburtstag und definitive Personalien gemeldet	_____	_____
Police und Unfalleinschluss kontrolliert	_____	_____
Erste Abrechnung richtig zugeordnet	_____	_____

Drei Fragen für den letzten Kontrollblick

Wissen beide Eltern, welche Praxis sie zuerst kontaktieren? Liegt für jeden gewünschten Zusatz eine klare Annahme oder ein klar offener Entscheid vor? Habt ihr dokumentiert, an wen ihr Rechnungen während einer noch ausstehenden Versichertennummer schicken sollt?

> Tragt den nächsten sinnvollen Prüftermin ein, etwa bei einem Umzug, einem Praxiswechsel oder rechtzeitig vor einer Altersgrenze im Zahnzusatz. Viele spätere Fragen lassen sich mit der gespeicherten Police und der ursprünglichen Zusage schnell klären.

Zum Nachlesen 02 BAG 14 FINMA 15 BAG

THEMA 3 / 01 VON 17

Was möchtest du bei deinem Tier absichern?

Eine Tierkrankenversicherung hilft bei versicherten Behandlungskosten für dein eigenes Tier. Welche Kosten dazugehören, ergibt sich aus dem Vertrag. Anders als bei der menschlichen Grundversicherung gibt es keinen einheitlichen gesetzlichen Leistungskatalog, den du bei jeder Offerte voraussetzen kannst.

Drei verschiedene Geldtöpfe

Ausgabe oder Risiko	Sinnvolle Einordnung
Regelmässige Kontrollen, Pflege, Futter	Laufendes Tierbudget; mögliche Vorsorgeleistungen im Tarif gesondert ansehen
Unerwartete Behandlung oder Operation	Umfang der Krankheits-, Unfall- oder Operationsdeckung prüfen
Dein Hund verletzt einen Dritten	Haftpflichtfrage; für die eigene Tierarztrechnung separat vorsorgen

Welche Rechnung wäre für dich schwierig?

Schreibe zwei Beträge auf. Den ersten könntest du jederzeit selbst bezahlen. Beim zweiten müsstest du eine Finanzierung organisieren. Prüfe anhand dieser beiden Beträge, ob du eher eine tiefe Franchise für häufigere Kosten oder eine ausreichend hohe Jahreslimite für grosse Ausgaben brauchst.

> Im Notfall muss die medizinische Versorgung ohne Versicherungsvergleich funktionieren. Halte auch mit Police eine Reserve für einen Vorschuss, den Eigenanteil oder eine zunächst ungeklärte Rechnung bereit.

Vertragscheck / Leistungen, Fristen und Grenzen anhand deiner Police prüfen.
Zum Nachlesen 26 Fedlex

THEMA 3 / 02 VON 17

Hund, Katze und Lebensumfeld

Beim Vergleichen zählt der Alltag deines Tieres. Für einen jungen Hund im Training stellen sich andere Fragen als für eine ältere Wohnungskatze mit regelmässigen Kontrollen. Entscheidend ist, ob die Offerte deine konkrete Situation erfasst.

Ein kleines Tierprofil anlegen

Notiere Geburtsdatum oder dokumentierte Altersschätzung, Rasse beziehungsweise Mischling, Chipnummer soweit vorhanden, Herkunft, bekannte Befunde und bisherige Behandlungen. Verschaffe dir einen Überblick über Auslandsreisen, Betreuung und sportliche Aktivitäten. Prüfe in den Bedingungen, ob besondere Nutzungen wie organisierter Hundesport eingeschränkt sind.

Zwei Haushalte vergleichen anders

Bei einem Freigänger interessiert die Halterin, wie eine nächtliche Notfallbehandlung und anschliessende Kontrollen behandelt werden. Bei einem älteren Wohnungstier sind Aufnahmealter, Medikamentendeckung und die Abgrenzung bekannter Vorerkrankungen besonders wichtig. Allein aus Alter oder Haltung lässt sich keine sichere Vorhersage über spätere Behandlungskosten ableiten.

- Wird der Tarif für genau diese Tierart, dieses Alter und diese Nutzung angeboten?
- Ist eine Untersuchung vor Aufnahme nötig und wer bezahlt sie?
- Sind die Angaben bei einem Tier aus dem Tierschutz vollständig genug oder sollte die Vorgeschichte erläutert werden?

THEMA 3 / 03 VON 17

Unfall, Krankheit oder reine Operationsdeckung

«OP versichert» klingt umfassend, solange man sich nur den Aufenthalt im Operationssaal vorstellt. Eine reale Behandlung kann vorher Diagnostik und danach Medikamente, Kontrollen oder Physiotherapie umfassen. Entscheidend ist, welche Phasen dein Tarif ausdrücklich einbezieht.

Fall	Welche Vertragsfrage du stellst
Verletzung nach einem Sturz	Erfüllt der dokumentierte Hergang die Unfalldefinition?
Wiederkehrende Beschwerden ohne Unfall	Ist Krankheit eingeschlossen oder besteht reiner Unfallschutz?
Operation nach Diagnostik	Welche Untersuchung vor dem Eingriff gehört zum versicherten Fall?
Nachkontrollen und Medikamente	Für welche Zeitspanne und unter welchen Bedingungen?

Lies eine Offerte rückwärts

Nimm den Verlauf einer fiktiven Behandlung und gehe vom letzten Kontrolltermin zurück bis zum ersten Praxisbesuch. Markiere gedeckte, ausgeschlossene und unklare Positionen mit drei verschiedenen Zeichen. So fällt auf, wenn eine günstige OP-Police nur einen Teil dessen abdeckt, was du finanzieren möchtest.

> Eine Operationszusage beantwortet nicht automatisch die Frage nach Bildgebung oder Rehabilitation. Bitte den Anbieter um eine schriftliche Beispielabrechnung für den ganzen Verlauf.

THEMA 3 / 04 VON 17

Alter, Vorgeschichte und eine saubere Anmeldung

Eine frühere Untersuchung kann für die Risikoprüfung relevant sein, selbst wenn du den Befund als erledigt ansiehst. Beantworte die Fragen des Versicherers anhand der Unterlagen und beschreibe Unbekanntes ausdrücklich als unbekannt.

Vom Tierarztbericht zum Antrag

Fordere bei einem Praxiswechsel die benötigten Vorbefunde an. Gleiche Behandlungsdaten, Medikamente und Diagnosen mit den Zeiträumen im Fragebogen ab. Bei einem Tier aus dem Tierheim trennst du dokumentierte Informationen von Einschätzungen. So kann der Versicherer nachfragen, bevor eine spätere Rechnung an unklaren Angaben hängen bleibt.

Eine Annahme mit Einschränkung prüfen

Ist beispielsweise ein bestimmtes Gelenk ausgeschlossen, frage, ob das andere Gelenk, Folgekosten und Diagnostik ebenfalls betroffen sind. Frage, ob der Ausschluss dauerhaft ist oder mit einem späteren tierärztlichen Bericht neu geprüft werden kann. Eine tiefe Prämie kann unpassend sein, wenn genau dein wichtigstes Risiko ausserhalb des Vertrags bleibt.

> Speichere den vollständigen Antrag, den Entscheid und die Vertragsbedingungen derselben Ausgabe. Ein aktuelles Werbeblatt ersetzt die beim Abschluss gültige Fassung nicht.

THEMA 3 / 05 VON 17

Wartefristen und der erste Behandlungstag

Ein Versicherungsbeginn am Monatsersten bedeutet nicht, dass jede Erkrankung ab diesem Tag eingeschlossen ist. Tarife können unterschiedliche Wartezeiten für Krankheit, Unfall oder bestimmte Diagnosen vorsehen.

Eine Zeitachse macht den Unterschied sichtbar

Angenommen, ein Vertrag enthält eine Wartefrist für Krankheiten. In dieser Zeit zeigt eine Katze erstmals Beschwerden, die Diagnose erhält sie erst später. Ob Kosten übernommen werden, kann nach den Bedingungen vom Beginn der Symptome oder der Erkrankung abhängen. Der Tag der Diagnose oder der Rechnung genügt als Antwort nicht.

Datum, das du notierst	Warum es wichtig sein kann
Versicherungsbeginn und Fristende	Ausgangspunkt der vertraglichen Deckung
Erstes beobachtetes Symptom	Mögliche Abgrenzung zu Vorerkrankung oder Wartezeit
Erste Konsultation und Untersuchung	Dokumentiert den medizinischen Verlauf
Diagnose und Behandlung	Hilft bei der Zuordnung weiterer Rechnungen

> Bei gesundheitlichen Auffälligkeiten braucht das Tier zeitgerecht tierärztliche Beurteilung. Ein späterer Termin ändert die tatsächliche Vorgeschichte nicht. Kläre die Kostenfrage parallel, damit die Behandlung nicht vom Papierweg abhängt.

THEMA 3 / 06 VON 17

Franchise, Quote und Jahreslimite durchrechnen

Für eine erste Schätzung brauchst du vier Zahlen: den gedeckten Rechnungsbetrag, die noch offene Franchise, den Erstattungssatz und das noch verfügbare Leistungslimit. Die Reihenfolge richtet sich nach dem konkreten Vertrag.

Ninas fiktive Tierarztrechnung

Die Rechnung für ihren Hund beträgt CHF 1’200. Alle Positionen sind anerkannt. Von der Jahresfranchise sind CHF 300 offen, danach erstattet der Beispieltarif 80 Prozent. Die Jahreslimite reicht aus.

Rechenschritt	Ergebnis
CHF 1’200 minus CHF 300 offene Franchise	CHF 900 anrechenbar
80 Prozent von CHF 900	CHF 720 Erstattung
CHF 1’200 minus CHF 720	CHF 480 eigener Rechnungsanteil

Wenn nur noch CHF 500 Limit übrig sind

Die Erstattung sinkt auf CHF 500, der eigene Anteil steigt auf CHF 700. Die bezahlte Versicherungsprämie kommt zum Jahresbudget hinzu. Wäre ein Teil der Rechnung ausgeschlossen, beginnt die Berechnung bereits mit einem kleineren anerkannten Betrag.

> Frage ausdrücklich, ob der Höchstbetrag die Auszahlung oder die anrechenbaren Behandlungskosten begrenzt. Beide Lesarten können bei gleichem Prozentwert unterschiedliche Ergebnisse liefern.

THEMA 3 / 07 VON 17

Zwei Rechnungen im selben Versicherungsjahr

Eine Franchise «pro Jahr» und ein Abzug «pro Schadenfall» können bei einer einzelnen Rechnung ähnlich aussehen. Sobald zwei Ereignisse eintreten, entstehen unterschiedliche Eigenanteile. Prüfe deshalb die Einheit hinter jedem Betrag.

Zwei unabhängige Fälle als Muster

Eine Katze verursacht im selben Versicherungsjahr zwei gedeckte Rechnungen, einmal CHF 500 und einmal CHF 800. Bei einer einmaligen Jahresfranchise von CHF 300 und 80 Prozent Erstattung zahlt der Mustervertrag zunächst CHF 160, danach CHF 640. Die Gesamterstattung beträgt CHF 800.

Annahme mit gleichen Rechnungen	Auszahlung gesamt	Eigener Anteil
CHF 300 Franchise einmal jährlich	CHF 800	CHF 500
CHF 300 neu bei jedem der zwei Fälle	CHF 560	CHF 740

Wann beginnt das Jahr neu?

Ein Versicherungsjahr kann sich nach dem Vertragsbeginn richten. Kläre bei einer Behandlung über einen Stichtag hinweg, welches Datum zählt und ob die Franchise erneut belastet wird. Lass dir auch erklären, wie Rückfälle zu einem früheren Ereignis zugeordnet werden.

> Fordere bei jeder Abrechnung den Stand der verbleibenden Franchise und Jahreslimite an. Damit kannst du spätere Kontrollrechnungen realistischer budgetieren.

THEMA 3 / 08 VON 17

Diagnostik, Medikamente und Folgekosten

Bei einer unklaren Erkrankung steht die Diagnose zu Beginn oft noch nicht fest. Kosten entstehen trotzdem bereits durch Konsultation, Labor, Ultraschall oder andere Abklärungen. Ein brauchbarer Tarifvergleich umfasst deshalb mehr als die Frage, ob eine Operation versichert ist.

Was vor einer planbaren Abklärung hilft

Bitte die Praxis um eine Schätzung für den nächsten Schritt und um die Information, was bei einem bestimmten Befund anschliessend nötig werden könnte. Mit Einverständnis der Praxis kannst du diese Angaben dem Versicherer für eine Deckungsabklärung übermitteln. Eine Kostenschätzung ist kein verbindlicher Endpreis für einen noch unbekannten Verlauf.

Ein Detail mit finanzieller Wirkung

Ein fiktiver Tarif erstattet grundsätzlich 80 Prozent und setzt für eine Therapie aber ein Teilbudget von CHF 250 an. Bei CHF 600 anerkannten Therapiekosten wären rechnerisch CHF 480 möglich. Gilt eine Auszahlungslimite von CHF 250, werden höchstens CHF 250 vergütet. Eine offene Franchise könnte das Resultat weiter verändern.

> Frage nach Rezeptpflicht, Erforderlichkeit einer Überweisung und anerkannten Behandelnden. Bei Medikamenten klärst du nach dem Austritt, ob auch spätere Bezüge in der Stammpraxis zur selben Deckung zählen.

THEMA 3 / 09 VON 17

Die geplante Operation deines Hundes

Bei einer geplanten Operation hast du Zeit, medizinischen Ablauf und Finanzierung vorab zu besprechen. Eine brauchbare Kostenschätzung gliedert den Weg bis zur Nachkontrolle und benennt offen, was erst während des Eingriffs feststeht.

Die Klinik um eine gegliederte Schätzung bitten

Abschnitt	Was in der Schätzung stehen sollte
Voruntersuchung	Konsultation, Labor, Bildgebung, allfällige Überweisung
Eingriff	Narkose, Operation, Material, stationärer Aufenthalt
Erholung	Schmerzmedikation, Kontrollen, Verbandwechsel, allfällige Rehabilitation

Drei Zahlen für deine Entscheidung

Fiktives Beispiel: Ein Eingriff kostet voraussichtlich CHF 3’500, davon sind CHF 3’200 im Tarif anerkannt. Nach CHF 200 offener Franchise werden 80 Prozent von CHF 3’000 vergütet, also CHF 2’400. Ohne weitere Limiten bleiben CHF 1’100 bei dir. Das umfasst die ausgeschlossenen CHF 300, die Franchise und den verbleibenden prozentualen Anteil.

> Lass dir sagen, wie dich die Klinik erreicht, wenn der Behandlungsplan erweitert werden muss. Frage ausserdem, welcher Betrag beim Austritt fällig ist und wie lange eine allfällige Kostenzusage gilt.

THEMA 3 / 10 VON 17

Mit der Katze in den tierärztlichen Notdienst

Im Notfall muss die Suche nach einer Nummer oder einer Policenkopie keine Zeit kosten. Lege die reguläre Praxis, deren Notdienstregelung, die Notfallklinik und den sicheren Transportweg fest, solange dein Tier gesund ist.

Was am Telefon praktisch hilft

Nenne Tierart, ungefähres Alter, beobachtete Veränderung und seit wann sie besteht. Die medizinische Dringlichkeit beurteilt das Fachteam. Frage, wohin du fahren sollst. Halte bekannte Erkrankungen und aktuelle Medikamente bereit. Eine vorgängige Deckungszusage darf die notwendige Versorgung nicht verzögern.

Nach der Erstversorgung

Lass dir die wichtigsten Unterlagen beim Austritt geben: Bericht, nach Leistungen gegliederte Rechnung, Medikamentenliste und Kontrollplan. Frage nach möglichen Nacht- oder Notfallzuschlägen und danach, ob eine weitere Rechnung der überweisenden Praxis folgt. Melde den Fall nach dem vorgesehenen Verfahren und reiche neue Belege unter derselben Referenz ein, sofern es sich um denselben Verlauf handelt.

> Wenn jemand anderes die Katze betreut, hinterlasse eine erreichbare Kontaktperson und eine mit der Praxis abgestimmte Vollmacht. Die Tiere im Haushalt sollten anhand von Namen und Kennzeichen eindeutig zuzuordnen sein.

THEMA 3 / 11 VON 17

Chronische Erkrankungen über mehrere Jahre

Bei einem chronischen Leiden kann der jährliche Medikamentenbezug wichtiger werden als eine einzelne grosse Rechnung. Entscheidend sind laufende Deckung, wiederkehrende Franchise, allfällige diagnosebezogene Limiten und die Bedingungen bei Vertragsverlängerung.

Eine Dreijahresfrage stellen

Bitte den Versicherer um eine Musterabrechnung für eine neu während der Deckung festgestellte Erkrankung: Wie werden Erstdiagnostik, Folgerezepte und Kontrolllabor im zweiten Versicherungsjahr eingeordnet? Eine Gesamtlimite pro Krankheit hat andere Folgen als ein Betrag, der sich jedes Jahr erneuert.

Eine günstige neue Offerte bei bestehender Krankheit

Ein Wechsel kann unattraktiv sein, wenn der neue Anbieter die bekannte Erkrankung ausschliesst. Prüfe deshalb die schriftliche Annahme und vergleiche die verbleibende Deckung vor Kündigung. Wenn der bisherige Vertrag erhalten bleiben soll, kontrolliere, welche Kündigungs- oder Änderungsrechte die Parteien laut Bedingungen haben.

- Welche Frist gilt für die nächste Verlängerung?
- Welche Selbstbehalte und Limiten beginnen neu?
- Welche Belege braucht der Versicherer für Folgerezepte, wenn zuletzt eine andere Praxis behandelt hat?

THEMA 3 / 12 VON 17

Zähne, Vorsorge und besondere Ausschlüsse

Zahnbehandlung beim Tier kann Unfallbehandlung, Behandlung einer Erkrankung oder geplante Zahnpflege bedeuten. Ein Vertrag kann diese drei Fälle unterschiedlich behandeln. Gleiches gilt für Impfungen, Kastration, Spezialfutter und angeborene Erkrankungen.

Vom Stichwort zur konkreten Leistung

Frage bei «Zähne inklusive» nach drei Beispielen: Zahnfraktur nach einem Unfall, notwendige Extraktion wegen Erkrankung und routinemässige Zahnsteinentfernung. Kläre auch Narkose, Röntgen und Medikamente. Bei einem Angebot mit Vorsorgebudget ist zusätzlich wichtig, ob Zahnreinigung und Impfung denselben Topf nutzen.

Ein Budget nur einmal zählen

Angenommen, ein freiwilliger Baustein kostet CHF 9 pro Monat und ersetzt höchstens CHF 100 jährlich für die von dir genutzten Vorsorgeleistungen. Die Jahresprämie beträgt CHF 108. Für diese Leistung allein würdest du selbst bei voller Ausschöpfung CHF 8 mehr zahlen. Andere versicherte Risiken können die Entscheidung verändern; bewerte sie separat.

> Suche in den Bedingungen gezielt nach Wartefristen, angeborenen Leiden, Zucht, Ernährung, Verhaltensbehandlung und vorbeugenden Eingriffen. Vermerke die Vertragsstelle neben jeder Aussage aus dem Beratungsgespräch.

THEMA 3 / 13 VON 17

Reisen mit Hund oder Katze

Vor der Reise treffen zwei Fragen zusammen: Unter welchen Bedingungen darf dein Tier ein- und wieder ausreisen, und welcher Vertrag hilft bei einer Behandlung im Ausland? Die Regeln für Reisedokumente ersetzen keine Kostendeckung.

Vor der Abfahrt

Prüfe beim Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen die Vorgaben für Startland, Reiseziel und Rückkehr. Je nach Land sind Kennzeichnung, Impfstatus, Dokumente und Fristen entscheidend. Lies zusätzlich im Versicherungsvertrag nach, welche Länder, Aufenthaltsdauer und Behandlungsanlässe abgedeckt sind und ob du vor grösseren Eingriffen anrufen musst.

Falls unterwegs eine Praxis nötig ist

Bitte um eine Rechnung mit Tieridentität, Datum, Diagnose oder Anlass, Einzelpositionen, Währung und Zahlungsnachweis. Lass dir einen Bericht für die Nachkontrolle zu Hause geben. Frage den Versicherer, ob eine Übersetzung nötig ist und nach welchem Kurs er die Rechnung umrechnet.

> Eine ausländische Klinik kann sofortige Zahlung verlangen. Halte genügend Liquidität oder ein geeignetes Zahlungsmittel bereit. Die spätere Erstattung und die Frage, was du vor Ort bezahlen musst, sind voneinander unabhängig.

Zum Nachlesen 21 BLV

THEMA 3 / 14 VON 17

Kostenschätzung und eigene Reserve

Eine Versicherung hilft häufig nach der Behandlung, die Klinik kann aber schon am selben Tag Geld verlangen. Für die Liquidität zählt deshalb der mögliche Rechnungsbetrag vor Erstattung. Für das Jahresbudget zählt der Betrag, den du endgültig trägst.

Ein Beispiel mit zwei Zeitpunkten

Eine Klinik verlangt bei Austritt CHF 2’600. Die erwartete Erstattung beträgt im angenommenen Fall CHF 1’680. Du brauchst zunächst CHF 2’600 verfügbar. Nach Auszahlung bleiben CHF 920 eigener Aufwand zuzüglich Versicherungsprämie. Eine Reserve von nur CHF 920 löst das Problem am Austrittstag nicht.

Was du in der Praxis fragen kannst

«Mit welcher Spanne rechnen Sie bei unkompliziertem Verlauf? Welche Zusatzkosten können entstehen? Ab welchem Betrag nehmen Sie mit mir Rücksprache? Ist eine Akontozahlung nötig, und welche Zahlungswege akzeptieren Sie?» Das sind sinnvolle Fragen vor einem geplanten Eingriff. Bei einem akuten Notfall haben Abklärung und Versorgung Vorrang.

> Legt bei mehreren Tieren pro Tier eine eigene Budgetzeile an. Ein hoher Jahresbetrag pro Vertrag hilft nur in dem Umfang, in dem er für das betroffene Tier noch verfügbar ist.

THEMA 3 / 15 VON 17

Rechnung einreichen und eine Kürzung prüfen

Eine gut dokumentierte Meldung beschleunigt Rückfragen. Halte die Fristen und den Meldeweg der eigenen Police ein. Manche Anbieter verlangen zusätzlich zur Rechnung einen Bericht oder Angaben zum Beginn der Beschwerden.

Das gehört in die Fallmappe

- Policennummer, Name des Tiers und gegebenenfalls Chipnummer.
- Datum und Verlauf des Ereignisses, behandelnde Praxis und vorherige Abklärungen.
- Detaillierte Rechnung, Zahlungsnachweis soweit verlangt und Folgerechnungen mit Bezug zum Fall.
- Schriftliche Kostenzusage, falls eine eingeholt wurde, samt allfälliger Begrenzung.

Wenn die Auszahlung unerwartet tief ist

Gehe die Abrechnung zeilenweise durch. Ist eine Leistung ganz ausgeschlossen? Wurde die Jahresfranchise erst bei dieser Rechnung belastet? Ist eine Teil- oder Gesamtlimite erreicht? Bitte um die einschlägige Klausel, den angewandten Satz und die verbleibende Limite. Bei fehlender Krankengeschichte kann die Praxis mit deiner Zustimmung ergänzende Informationen bereitstellen.

> Ein Tarifstreit und eine Beanstandung des tierärztlichen Honorars haben unterschiedliche Ansprechpartner. Kläre zuerst, ob du die Rechnung selbst oder ihre Erstattung bestreitest.

Vertragscheck / Leistungen, Fristen und Grenzen anhand deiner Police prüfen.
Zum Nachlesen **25 Preisüberwachung**

THEMA 3 / 16 VON 17

Versicherung oder eigene Rücklage?

Die Frage hängt davon ab, wie schnell du eine grössere Summe bereitstellen könntest und welche Risiken der angebotene Vertrag überhaupt übernimmt. Ein reiner Durchschnitt über mehrere Jahre kann verdecken, dass ein teures Ereignis gleich nach der Adoption eintritt.

Zwei Beispielbudgets

Eine Rücklage von CHF 60 pro Monat wächst ohne Zins und Entnahmen nach einem Jahr auf CHF 720, nach drei Jahren auf CHF 2’160. Eine Rechnung von CHF 3’000 im zweiten Monat trifft also auf erst CHF 120 angespartes Geld. Wer bereits eine zweckgebundene Reserve hat, startet anders als jemand, der sie erst aufbaut.

Eine Kombination durchspielen

Ein Tarif mit höherer Franchise kann grosse versicherte Ereignisse abfedern, während du die kleinen Rechnungen aus der Reserve bezahlst. Rechne Prämie, verbleibende Franchise und mögliche nicht gedeckte Positionen zusammen. Vergleiche auch ein Jahr ohne Schaden: Die Prämie ist ausgegeben, eine ungenutzte Rücklage bleibt erhalten.

> Lege vor dem Abschluss deine persönliche Obergrenze fest: «Wie viel kann ich im ungünstigen Monat sofort zahlen?» Prüfe dann mit einem konkreten Schadenbeispiel, ob der Tarif genau diesen Engpass verbessert.

THEMA 3 / 17 VON 17

Das Vergleichsblatt für deinen Vierbeiner

Nutze für jede Offerte dasselbe Tierprofil und dieselben Schadenbeispiele. So siehst du, ob eine andere Prämie durch einen veränderten Leistungsumfang zustande kommt. Frage bei einem unklaren Feld nach und notiere die Fundstelle in den Bedingungen.

Vergleichspunkt	Offerte A	Offerte B
Krankheit, Unfall, Operation	_____	_____
Wartezeiten und Ausschlüsse	_____	_____
Jahresfranchise oder Abzug pro Fall	_____	_____
Erstattungssatz und Höchstleistung	_____	_____
Diagnostik, Medikamente, Kontrollen	_____	_____
Aufnahmealter und spätere Änderungen	_____	_____
Prämie und verfügbare eigene Reserve	_____	_____

Belastungstest vor der Entscheidung

Rechne eine einzelne Operation und zwei kleinere Fälle im selben Jahr. Ergänze einen dritten Fall, der unter einen Ausschluss fällt. Der Unterschied zwischen diesen drei Ergebnissen ist oft aufschlussreicher als die beworbene Höchstsumme. Besprich ungeklärte Punkte vor der Unterschrift.

> Halte die Nummer deiner Stammpraxis, die Notfallvertretung und den vorgesehenen Schadenkanal an einem Ort fest. Teile ihn mit der Person, die dein Tier während Ferien oder einer eigenen Erkrankung betreut.

THEMA 4 / 01 VON 18

Wer zahlt die Zahnarztrechnung in der Schweiz?

Bei einer üblichen Kontrolle, einer Kariesfüllung oder einer Zahnspange tragen Haushalte die Kosten grundsätzlich selbst, soweit kein passender Zusatz oder anderer Kostenträger einspringt. Für eine sinnvolle Entscheidung musst du zuerst wissen, welche Art von Behandlung du absichern möchtest.

Ausgangslage	Erste Abklärung
Gewöhnliche Zahnerkrankung	Eigene Rechnung, Zusatzversicherung und vorhandenes Jahresbudget
Verletzung bei einem Unfall	Zuständige Unfallversicherung oder subsidiär die Grundversicherung
Schwere Erkrankung oder anerkanntes Geburtsgebrechen	Medizinische Indikation, gesetzliche Voraussetzungen und möglicher Kostenträger

Welche Lücke möchtest du schliessen?

Schreibe drei konkrete Wünsche auf: regelmässige Dentalhygiene, Schutz vor grösserem Zahnersatz oder eine mögliche spätere Zahnkorrektur beim Kind. Ein Tarif kann bei einem Wunsch gut und beim nächsten schwach sein. Schon die Trennung von planbaren kleinen und seltenen hohen Kosten vereinfacht den Vergleich.

> Ist eine Behandlung bereits empfohlen, klärst du deren Deckung zuerst. Eine neue Police für künftige Risiken und die Finanzierung einer bereits bekannten Rechnung sind zwei verschiedene Entscheidungen.

Zum Nachlesen 22 BAG 14 FINMA

THEMA 4 / 02 VON 18

Die engen Ausnahmen der Grundversicherung

Die Grundversicherung kann zahnärztliche Behandlungen bei bestimmten schweren, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems, im Zusammenhang mit bestimmten schweren Allgemeinerkrankungen oder zur Sicherung ihrer Behandlung übernehmen. Die massgebenden Indikationen sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung abschliessend bezeichnet.

Weshalb «medizinisch nötig» allein nicht genügt

Eine schmerzhafte, behandlungsbedürftige Karies ist für die betroffene Person medizinisch wichtig. Daraus entsteht noch keine KVG-Pflichtleistung. Bitte die Praxis bei einer möglichen Ausnahme, die konkrete Diagnose und den Zusammenhang mit der gesetzlichen Voraussetzung zu erläutern. Eine vorherige Kostengutsprache kann klären, ob die geplanten Massnahmen anerkannt werden.

Wenn andere Systeme mitbetroffen sind

Bei einem Unfall ist vorrangig zu klären, ob ein Unfallversicherer zuständig ist. Bei bestimmten anerkannten Geburtsgebrechen kann die IV eine Rolle spielen. Der Name des Eingriffs entscheidet dies nicht allein. Zwei Personen mit einer ähnlich aussehenden Behandlung können unterschiedliche Kostenträger haben.

> Frage vor einer planbaren Behandlung: «Welcher Kostenträger kommt aus welchem Grund infrage, wer reicht die medizinische Begründung ein und welcher Betrag bleibt voraussichtlich bei mir?»

Zum Nachlesen 22 BAG 20 BSV

THEMA 4 / 03 VON 18

Sechs Arten von Zahnleistungen auseinanderhalten

Die Bezeichnung «Zahnversicherung» deckt kein einheitliches Paket ab. Für den Vergleich hilft eine kleine Leistungsmatrix. Nimm die Fachbegriffe deiner Praxis dazu und markiere, welche Leistung du bewusst aus eigener Tasche finanzieren möchtest.

Bereich	Konkretes Beispiel oder Prüffrage
Vorsorge	Kontrolle, Dentalhygiene, Röntgen; gemeinsamer oder separater Höchstbetrag?
Zahnerhalt	Füllung oder Wurzelbehandlung; welche Positionen sind anerkannt?
Chirurgie	Entfernung eines Zahns; was gilt für Betäubung und Nachbehandlung?
Zahnersatz	Krone, Brücke, Prothese oder Implantat; auch Labor und Material?
Kieferorthopädie	Diagnostik, Apparatur, Kontrollen, Retention und Reparaturen?
Ästhetische Leistungen	Unter welchen Voraussetzungen besteht überhaupt ein Anspruch?

Eine Offerte in eigenen Worten lesen

Beschreibe zu jeder gewünschten Leistung einen Fall, nicht nur einen Tarifbegriff. «Mein Kind braucht nach der aktiven Behandlung einen Retainer» ist konkreter als «Zahnspange gedeckt». Lass dir die Antwort mit Tarifstelle oder schriftlicher Leistungsbestätigung geben.

> Prüfe bereits bestehende ambulante Zusatzbausteine. Eine dort enthaltene Zahnleistung kann die Lücke verkleinern, die du mit einem separaten Vertrag abdecken möchtest.

Zum Nachlesen 22 BAG 14 FINMA

THEMA 4 / 04 VON 18

Von der Erstattungsquote zur Auszahlung

Eine Prozentzahl sagt erst zusammen mit ihrer Berechnungsgrundlage und dem verbleibenden Limit etwas über dein Geld aus. Beginne mit dem anerkannten Teil der Rechnung und rechne dann Quote, Franchise und Höchstbetrag in der vertraglich vorgesehenen Reihenfolge.

Alex und die Rechnung über CHF 900

Der Mustervertrag erstattet 75 Prozent, höchstens CHF 500 pro Jahr. Die ganze Behandlung ist anerkannt, eine Franchise gibt es hier nicht und das Jahreslimit ist unbenutzt. 75 Prozent von CHF 900 wären CHF 675. Wegen der Limite fliessen CHF 500. Bei Alex bleiben CHF 400 Behandlungskosten plus die separate Versicherungsprämie.

Wenn sich die Annahme ändert	Folge für dieselbe Rechnung
CHF 200 des Jahreslimits bereits genutzt	Maximal CHF 300 Auszahlung, CHF 600 eigener Anteil
Nur CHF 600 anerkannt, Limit noch frei	CHF 450 Auszahlung, CHF 450 eigener Anteil
Rechnung vollständig ausgeschlossen	CHF 0 Auszahlung, CHF 900 eigener Anteil

> Lass dir ausdrücklich erklären, ob ein Betrag pro Jahr, pro Zahn, pro Behandlungsfall oder für die ganze Vertragsdauer gilt. Dieselbe gedruckte Zahl kann finanziell sehr unterschiedliche Bedeutung haben.

Zum Nachlesen 14 FINMA

THEMA 4 / 05 VON 18

Wartefrist, Zahnstaffel und Behandlungsbeginn

Drei Zeitpunkte können auseinanderfallen: Abschluss des Vertrags, Beginn der bezahlten Deckung und Beginn einer zahnärztlichen Behandlung. Manche Tarife begrenzen zusätzliche Leistungen gerade in den ersten Vertragsjahren.

Was du im Kleingedruckten suchst

Eine Wartefrist verschiebt die Leistung für bestimmte Behandlungen. Eine Staffel begrenzt die Leistung während bestimmter Anfangsjahre, gelegentlich kumuliert. Eine Regel zu bekannten oder angeratenen Behandlungen kann unabhängig von beiden greifen. Prüfe deshalb alle drei Punkte, auch wenn auf einem Angebot «ohne Wartefrist» steht.

Ein fiktives Staffelbeispiel

In den ersten beiden Jahren zusammen werden bis CHF 1’000 ausbezahlt. Nach CHF 700 im ersten Jahr verbleiben im zweiten höchstens CHF 300, sofern keine zusätzliche Einzelgrenze tiefer liegt. Bei einer echten Jahreslimite von CHF 1’000 pro Jahr wäre die Ausgangslage anders. Der Unterschied steckt im Wort «zusammen».

> Bitte den Anbieter, zwei Daten schriftlich einzuordnen: den Zeitpunkt der ersten dokumentierten Empfehlung und den vorgesehenen Behandlungsbeginn. Eine später ausgestellte Rechnung macht einen vor Vertragsschluss angeratenen Eingriff nicht automatisch zur neuen Behandlung.

Zum Nachlesen 14 FINMA

THEMA 4 / 06 VON 18

Zahnattest und Gesundheitsdeklaration

Eine Zusatzversicherung kann je nach Produkt, Alter und gewünschtem Umfang einen Fragebogen, einen Zahnbefund oder weitere Unterlagen verlangen. Kläre das Verfahren, bevor du auf eigene Kosten eine Untersuchung allein für den Antrag vereinbarst.

Was auf einem Attest wichtig wird

Frage nach dem vorgesehenen Formular, dem zulässigen Alter des Befunds, dem Umgang mit vorhandenen Aufnahmen und danach, wer die Untersuchung bezahlt. Liegt eine Behandlungsempfehlung vor, gib sie entsprechend den gestellten Fragen korrekt an. Unklare Einträge klärt die Praxis, die den Befund erhoben hat.

Aufnahme mit einem Ausschluss

Ein fehlender Zahn kann im Vertrag ausdrücklich ausgeschlossen werden. Frage bei einem solchen Angebot, ob auch späterer Ersatz, Nachbarzähne, die Planung und das Labor unter die Einschränkung fallen. Eine Antwort «Zahnersatz ist grundsätzlich gedeckt» klärt diesen Einzelfall nicht. Prüfe die verbleibende Deckung im Verhältnis zur Prämie.

> Bei einem Kind ist eine vereinfachte Aufnahme vor einem bestimmten Alter tarifabhängig. Verlange die konkrete Altersgrenze, die Bedeutung des Geburtstags und die schriftliche Annahme. Eine unverbindliche Offerte sichert noch keinen Platz im Tarif.

Zum Nachlesen 14 FINMA

THEMA 4 / 07 VON 18

Zahnspangen: Früh vergleichen, gezielt fragen

Die Entscheidung für eine Korrektur treffen Familie und Fachpraxis aufgrund des konkreten Befunds. Bei der Versicherungswahl geht es darum, welche Kosten einer später nötigen Behandlung übernommen würden und welche Bedingungen bereits beim Abschluss gelten.

Nicht nur den Preis der Apparatur betrachten

Eine Behandlung kann Abklärung und Planung, Geräte, laufende Kontrollen, Reparaturen und die Stabilisierung nach der aktiven Phase umfassen. Frage, welche Teile der Tarif als Kieferorthopädie anerkennt. Wichtig ist auch, ob bereits ein ambulanter Zusatz Beiträge leistet und ob mehrere Leistungen miteinander koordiniert werden.

Gute Frage	Was die Antwort klärt
Ab welchem Alter fällt eine Gesundheitsprüfung an?	Zugang zum Tarif vor einer erkennbaren Fehlstellung
Welcher Stichtag gilt an der Altersgrenze?	Anspruch auf spätere Teile der Behandlung
Gibt es ein Gesamtlimit pro Person?	Möglicher Zuschuss über mehrere Jahre
Wird ein Behandlungsplan verlangt?	Unterlagen und Zeitpunkt der Kostengutsprache

> Bei einer bereits angeratenen Korrektur klärt ihr zuerst den Anspruch aus bestehenden Policen. Eine neue Police sollte nur anhand einer ausdrücklichen schriftlichen Aussage zur bekannten Behandlung eingeplant werden.

Zum Nachlesen 14 FINMA 22 BAG

THEMA 4 / 08 VON 18

Zahnspange über drei Jahre durchrechnen

Ein Tarif mit der höheren Quote muss bei einer mehrjährigen Behandlung nicht höher auszahlen. Entscheidend sind der zeitliche Verlauf der Rechnungen und die Art des Höchstbetrags. Das Beispiel setzt vollständig anerkannte Kosten und noch ungenutzte Limiten voraus.

Jahr	Betrag	A: 75 %, bis 1’500 pro Jahr	B: 60 %, bis 4’000 insgesamt
Jahr 1	3’000	1’500	1’800
Jahr 2	2’500	1’500	1’500
Jahr 3	1’500	1’125	700
Summe in CHF	7’000	4’125	4’000

Was die letzten CHF 200 verändert

Bei B ergäben 60 Prozent im dritten Jahr CHF 900. Nach zwei Jahren sind aber schon CHF 3’300 des Gesamtlimits verbraucht. Deshalb bleiben nur CHF 700. A zahlt in dieser Konstellation CHF 125 mehr. Kostet A über die drei Jahre insgesamt mehr als CHF 125 zusätzlich, verändert sich der Vergleich nach Prämien.

> Dies sind Musterwerte, keine Behandlungsprognose. Lasst euch die medizinisch sinnvollen Phasen und voraussichtlichen Termine erläutern. Welche Periode zählt, richtet sich nach den Versicherungsbedingungen und der tatsächlich erbrachten Leistung.

Zum Nachlesen 14 FINMA

THEMA 4 / 09 VON 18

Retainer, Reparatur und Altersgrenzen

Nach der aktiven Zahnkorrektur können die Stabilisierung des Ergebnisses und Kontrollen weitere Kosten auslösen. Ein Angebot mit einer guten Leistung für die aktive Phase beantwortet nicht automatisch, wie es mit der Retention weitergeht.

Vor der ersten Kostenzusage

Bittet die Praxis, die geplante Retention im Kostenvoranschlag gesondert aufzuführen. Fragt, ob das Einsetzen, Verlaufskontrollen sowie Reparatur oder Ersatz eines Retainers enthalten sind. Beim Versicherer klärt ihr, ob diese Positionen als Teil der ursprünglichen Behandlung gelten oder eine eigene Freigabe benötigen.

Ein Geburtstag mitten im Behandlungsplan

Endet eine Leistung laut Vertrag an einer Altersgrenze, können Diagnose, Therapiebeginn und spätere Kontrollen in verschiedene Zeiträume fallen. Lasst euch schriftlich erklären, welches Datum den Anspruch bestimmt. Ein früh genehmigter Plan bedeutet nicht automatisch unbegrenzte Deckung nach einem Stichtag.

> Hebt den bewilligten Plan und alle Nachträge auf. Wenn sich die Behandlungsdauer verlängert, lässt sich anhand dieser Unterlagen vor der nächsten grösseren Rechnung klären, ob die ursprüngliche Zusage noch reicht.

Zum Nachlesen 14 FINMA

THEMA 4 / 10 VON 18

Krone, Brücke oder Implantat: Was steht in der Offerte?

Bei Zahnersatz kann ein einziger genannter Preis aus mehreren Behandlungsschritten bestehen. Welche Variante medizinisch geeignet ist, erklärt die Fachpraxis. Für die Finanzierung brauchst du eine Aufschlüsselung von Honorar, Labor, Material, Provisorium und Nachbehandlung.

Ein fiktiver Fall mit Teilausschluss

Die Gesamtrechnung beträgt CHF 3’800. Im Beispieltarif sind CHF 3’000 als Kosten anerkannt. Er erstattet 50 Prozent bis CHF 1’200 pro Jahr. Die Auszahlung beträgt höchstens CHF 1’200, der eigene Anteil an der Gesamtrechnung somit CHF 2’600. Ein Erstattungssatz von 50 Prozent bedeutet hier effektiv weniger als ein Drittel der gesamten Rechnung.

Was vor einer Behandlung geklärt sein sollte

Welche Teile fallen in unterschiedliche Kalenderjahre? Gelten spezielle Limiten für Implantate oder Labor? Ist eine bereits vorhandene Zahnlücke ausgeschlossen? Wird das Provisorium separat verrechnet? Bitte die Praxis bei grösseren Unterschieden zwischen Varianten um einen verständlichen Vergleich mit voraussichtlicher Nachsorge.

> Die Wahl des Eingriffs sollte auf der medizinischen Beratung beruhen. Der Tarifvergleich zeigt dir, was die jeweiligen vertretbaren Möglichkeiten finanziell bedeuten.

Zum Nachlesen 22 BAG 14 FINMA

THEMA 4 / 11 VON 18

Dentalhygiene, Kontrolle und Schulzahnpflege

Regelmässige Kontrollen und Dentalhygiene lassen sich oft eher budgetieren als grosser Zahnersatz. Prüfe für diese planbaren Ausgaben besonders nüchtern, wie gross die mögliche Rückerstattung im Verhältnis zur Jahresprämie ist.

Ein Beispiel für Erwachsene

Angenommen, du zahlst jährlich CHF 180 für eine anerkannte Dentalhygiene. Ein Musterprodukt erstattet 50 Prozent bis CHF 100. Damit sind CHF 90 zu erwarten. Kostet der Zusatz CHF 12 monatlich, zahlst du CHF 144 Jahresprämie. Der Beitrag an die Dentalhygiene allein deckt die Prämie nicht. Ob andere Leistungen wertvoll sind, ist eine zweite Rechnung.

Was die Schule übernimmt

Bei Kindern können Gemeinde oder Schule Kontrollen organisieren oder unterstützen. Umfang, Gutscheine, Praxiswahl und Elternbeitrag richten sich nach den lokalen Regeln. Eine finanzierte Kontrolle bedeutet noch keine Übernahme einer Füllung oder einer Zahnspange. Die Stadt Zürich führt beispielsweise eigene Informationen zu ihren schulzahnärztlichen Kontrollen.

> Frage vor einer privaten Kontrolle, ob die Gemeinde ein vorgesehenes Verfahren oder Formular hat. Lege Beleg, allfälligen Gutschein und Zusatzleistung nebeneinander, damit ihr dieselbe Ausgabe nicht zweimal ins Familienbudget einrechnet.

Zum Nachlesen 22 BAG 24 Stadt Zürich

THEMA 4 / 12 VON 18

Zahnunfall: Den richtigen Versicherer informieren

Ein Sturz mit beschädigtem Zahn ist anders einzuordnen als eine gewöhnliche Zahnerkrankung. Bei Arbeitnehmenden kann die Unfallversicherung zuständig sein. Bei Kindern greift häufig die Grundversicherung mit Unfalldeckung, sofern keine andere Versicherung zuständig ist.

Nach der notwendigen Versorgung

Halte Datum, Uhrzeit, Ort, Hergang und die beteiligten Personen fest. Gib an, welche Praxis die Erstversorgung dokumentiert hat und ob weitere Kontrollen geplant sind. Bei einem erwachsenen Arbeitnehmer kläre den Meldeweg über den Arbeitgeber. Für ein Kind fragst du die Kasse nach dem Unfallformular.

Warum die Dokumentation länger wertvoll sein kann

Bei einem Kind kann eine spätere Behandlung zur ursprünglichen Verletzung in Beziehung stehen. Bewahre die Fallnummer, den Erstbefund und die schriftlichen Leistungsentscheide auf. Bei späteren Beschwerden kann die Praxis angeben, ob ein Zusammenhang medizinisch plausibel ist. Die Anerkennung prüft der zuständige Versicherer.

> Eine abgebrochene Zahnkante beweist allein weder eine Krankheit noch einen versicherten Unfall. Beschreibe den Hergang sachlich und lass die Beurteilung durch Praxis und Versicherer vornehmen.

Zum Nachlesen 22 BAG 09 BAG

THEMA 4 / 13 VON 18

Einen Kostenvoranschlag lesen

Ein guter Kostenvoranschlag zeigt, was geplant ist und welche Annahmen den Betrag beeinflussen. Bitte bei einer grösseren Behandlung um eine schriftliche, nach Positionen gegliederte Schätzung. So können Praxis, Versicherung und du auf derselben Grundlage sprechen.

Position	Deine Frage an die Praxis
Befund und Ziel	Welches Problem soll die Behandlung lösen?
Varianten	Welche medizinisch vertretbaren Alternativen gibt es und was kosten sie ungefähr?
Honorar und Technik	Welche Beträge entfallen auf Behandlung, Labor und Material?
Zusätzliche Kosten	Sind Bilder, Anästhesie, Provisorium, Kontrollen und Reparaturen enthalten?
Abweichungen	Wann werde ich über eine wesentliche Planänderung informiert?

Zwei Preisangaben vergleichen

Eine Offerte enthält nur den sichtbaren Zahnersatz, die andere zusätzlich Labor und Provisorium. Der tiefere Endbetrag der ersten ist noch kein Preisvorteil. Markiere alles, was nur in einer Offerte steht. Frage nach einem Vergleich für denselben Behandlungsumfang.

> Die Kostenschätzung stammt von der Praxis, die Kostengutsprache vom Versicherer. Schicke den vollständigen Plan an den zuständigen Kostenträger und frage, welche Teile vorab verbindlich beurteilt werden können.

Zum Nachlesen 23 Preisüberwachung 25 Preisüberwachung

THEMA 4 / 14 VON 18

Tarifeinheiten, Labor und die Schlussrechnung

Auf einer Zahnarztrechnung können Tarifpositionen, Taxpunkte, ein Taxpunktwert und separat ausgewiesene Kosten stehen. Ein tieferer Taxpunktwert führt nur dann zu einem tieferen Gesamtbetrag, wenn auch Leistungsumfang und verwendete Einheiten vergleichbar sind.

Ein vereinfachtes Rechenbeispiel

Eine fiktive Position umfasst 80 Taxpunkte zu CHF 1.10, also CHF 88. Hinzu kommen weitere Positionen und gegebenenfalls separat verrechnete Labor- oder Materialkosten. Aus CHF 1.10 allein kannst du deshalb weder den Gesamtpreis noch den versicherten Betrag ableiten. Bei Sozialversicherungsfällen und Privatrechnungen können verschiedene Tarife massgebend sein.

Abweichung von der Offerte auflösen

Lege Schlussrechnung und Schätzung nebeneinander. Markiere neue Positionen, geänderte Mengen und Fremdlabor. Bitte die Praxis, die medizinische oder technische Änderung zu erklären und zu zeigen, wann sie besprochen wurde. Frage den Versicherer anschliessend nach der Erstattung für die tatsächlich erbrachten, anerkannten Leistungen.

> Wenn du nur einen Teil nicht verstehst, nenne bei der Rückfrage Datum, Positionsbezeichnung und den strittigen Betrag. Eine präzise Rückfrage hilft beiden Seiten mehr als der allgemeine Einwand, die Rechnung sei zu hoch.

Zum Nachlesen 23 Preisüberwachung

THEMA 4 / 15 VON 18

Zahnarzt im Ausland und Vertrag aus Deutschland

Viele Menschen in der Schweiz haben eine vertraute Praxis jenseits der Grenze. Zwei Entscheidungen sind auseinanderzuhalten: Wo lässt du dich behandeln, und in welchem Land hast du deinen Zusatzvertrag abgeschlossen?

Schweizer Zusatzvertrag, ausländische Praxis

Kläre vor einer Behandlung das zugelassene Land, die verlangte Qualifikation der Praxis, allfällige Tarifobergrenzen, den Wechselkurs und erforderliche Belege. Eine internationale Notfalldeckung ist noch keine Zusage für eine geplante Behandlung. Bei einem grösseren Eingriff kommen Nachsorge, Reisezeit, mögliche Reparaturen und eine zweite Anfahrt zum Preis hinzu.

Deutscher Vertrag bei Umzug in die Schweiz

Lass den bisherigen oder künftigen Versicherer schriftlich bestätigen, ob Schweizer Wohnsitz zulässig ist, welche Grundversorgung vorausgesetzt wird und was bei Wegfall der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gilt. Frage, wie der Tarif ohne deutsche Vorleistung abrechnet, ob eine fiktive Vorleistung abgezogen wird und ob eine Schweizer Rechnung anerkannt ist.

> Rechne zwei Wege vollständig durch: Behandlung in der Schweiz und Behandlung im Ausland jeweils mit Eigenanteil, Reise, Nachsorge und Währungsrisiko. Eine Offerte in Euro und eine zugesagte Erstattung in Franken müssen auf denselben Rechenstand gebracht werden.

Zum Nachlesen 13 BAG 22 BAG 14 FINMA

THEMA 4 / 16 VON 18

Eine Kostengutsprache anfordern

Vor teuren oder mehrstufigen Behandlungen kann eine schriftliche Zusage die finanzielle Planung erleichtern. Dafür braucht der Versicherer einen genügend genauen Plan. Eine allgemeine telefonische Aussage zur Leistungskategorie ersetzt die Prüfung des konkreten Falls nicht.

Eine Anfrage zum Übernehmen

«Anbei sende ich den Kostenvoranschlag meiner Praxis vom [Datum]. Bitte teilen Sie mir pro Behandlungsphase mit, welche Positionen anerkannt sind, welchen Betrag Sie voraussichtlich übernehmen und welche Jahres- oder Gesamtlimite noch offen ist. Bitte nennen Sie auch die Gültigkeitsdauer und welche Änderungen eine neue Bewilligung erfordern.»

Die Antwort auswerten

Ist es eine verbindliche Zusage oder eine unverbindliche Berechnung unter Vorbehalt? Wurde die ganze Schätzung geprüft? Sind Alter, Behandlungsort und vorgesehene Termine berücksichtigt? Wird ein Höchstbetrag genannt, kläre, ob davon schon frühere Leistungen abgehen. Bei einer Planänderung bitte die Praxis um einen Nachtrag, bevor weitere teure Schritte ausgelöst werden.

> Speichere die Antwort so, dass sie später mit der Schlussrechnung auffindbar ist. Bei einem erteilten Entscheid ist die damals gültige Vertragsversion hilfreicher als ein neu veröffentlichtes Produktblatt.

Zum Nachlesen 14 FINMA 22 BAG

THEMA 4 / 17 VON 18

Wann ist eine eigene Zahnreserve sinnvoll?

Bei planbaren Kosten kannst du den Nutzen eines Zusatzvertrags mit eigenem Sparen vergleichen. Bei seltenen hohen Kosten zählt zusätzlich, wie rasch du eine Belastung tragen könntest. Eine bereits angeratene Behandlung kann unabhängig von dieser Rechnung ausgeschlossen sein.

Eine nüchterne Drei-Jahres-Rechnung

Ein Mustervertrag kostet CHF 25 pro Monat, also CHF 900 in drei Jahren. In dieser Zeit erhältst du nach den angenommenen Regeln CHF 240 für Kontrollen und CHF 400 für eine Behandlung. Die Auszahlungen betragen CHF 640. Nach Prämien bleibt ein Unterschied von CHF 260 zugunsten der Selbstfinanzierung. Ein anderes Schadenjahr kann genau das umkehren.

So vergleichst du deinen Fall

Notiere Aufwand und belegbare Rückerstattung für ein gewöhnliches Jahr. Rechne dann einen grösseren anerkannten Eingriff hinzu. Prüfe, welche Limits und Wartefristen die Auszahlung tatsächlich begrenzen. Eine eigene Reserve bleibt flexibel, muss aber bei Eintritt des Ereignisses bereits vorhanden sein.

> Trenne bewusst zwei Gründe für den Abschluss: «Ich erwarte regelmässige Beiträge» und «Ich möchte eine seltene hohe Rechnung abfedern». Wähle einen Tarif, der den Grund erfüllt, der dir wichtiger ist.

Zum Nachlesen 14 FINMA

THEMA 4 / 18 VON 18

Dein Entscheidungsblatt für den Zahnschutz

Dieses Blatt ist für ein Gespräch mit der Praxis und eines mit dem Versicherer gedacht. Die Praxis klärt Befund und Behandlungsmöglichkeiten. Der Versicherer prüft die Erstattung. Lege beide Antworten nebeneinander, bevor du eine planbare grössere Ausgabe fest zusagst.

Frage	Angebot A	Angebot B
Gewünschte Leistung ausdrücklich genannt?	_____	_____
Beginn, Wartefrist, Zahnstaffel?	_____	_____
Bereits empfohlene Behandlung berücksichtigt?	_____	_____
Quote, Jahreslimit und Gesamtlimit?	_____	_____
Labor, Material, Ausland und Nachsorge?	_____	_____
Beitrag laut schriftlicher Zusage?	_____	_____
Eigener Betrag inklusive Prämien?	_____	_____

Vor der Entscheidung

- Prüfe, ob bereits ein anderer Vertrag Beiträge an Zahnbehandlung oder Kieferorthopädie enthält.
- Ordne bei einem Unfall oder einer schweren Erkrankung zunächst den richtigen Kostenträger zu.
- Lass dir im grösseren Fall Behandlung, zeitliche Aufteilung und die erwartete Rückerstattung schriftlich erklären.

> Ein guter Vergleich endet mit einer konkreten Zahl: «Bei dieser Behandlung und diesen Voraussetzungen müsste ich voraussichtlich CHF … selbst tragen.» Was sich heute noch nicht beziffern lässt, notierst du als offene Frage.

Zum Nachlesen 22 BAG 14 FINMA

Amtliche Quellen

Grundversicherung und Behandlung

Klicke einen Titel an, um die amtliche Quelle zu öffnen. Die Musterrechnungen im Ratgeber sind eigene Beispiele. Für freiwillige Deckungen gelten die Bedingungen deines Vertrags.

01 **BAG / Grundversicherung im Überblick**
Gesetzlicher Leistungsumfang und Gleichbehandlung.

02 **BAG / Versicherungspflicht und Anmeldung**
Zuzug, Geburt, rechtzeitige und verspätete Anmeldung.

03 **BAG / Besondere Versicherungsformen**
Modelle mit eingeschränkter Wahl und Behandlungswege.

04 **Priminfo · Bund / Offizieller Prämienrechner**
Genehmigte Grundversicherungsprämien für deine Wohngemeinde.

05 **BAG / Prämien und Kostenbeteiligung**
Franchise, Selbstbehalt, Spitalbeitrag und Sonderfälle.

06 **BAG / Wahlfranchisen**
Franchisestufen und Höchstrabatte für Kinder und Erwachsene.

07 **BAG / Versichererwechsel für 2027**
Amtliches Faktenblatt mit Terminen für Kassen- und Franchisenwechsel.

08 **BAG / Prämienverbilligung**
Kantonale Zuständigkeit und Grundsätze der Unterstützung.

09 **BAG / Beginn und Ende der Unfalldeckung**
UVG-Deckung, Nachdeckung und Abredeversicherung.

10 **BAG / Leistungen und Tarife**
Abrechnung, Rechnungskopie und Fragen zur Vergütung.

11 **BAG / Spitalbehandlung**
Spitalwahl, Listenspitäler und Kostentragung.

12 **BAG / Transport und Rettung**
Voraussetzungen und Grenzen der KVG-Leistungsbeiträge.

13 **BAG / Leistungen im Ausland**
Ferien, Auslandnotfall und geplante Auslandsbehandlung.

Amtliche Quellen

Zusatzversicherung, Familie, Tier und Zahn

Klicke einen Titel an, um die amtliche Quelle zu öffnen. Die Musterrechnungen im Ratgeber sind eigene Beispiele. Für freiwillige Deckungen gelten die Bedingungen deines Vertrags.

14 **FINMA / Freiwillige Krankenzusatzversicherung**
Antrag, Gesundheitsprüfung, Bedingungen und Wechsel.

15 **BAG / Leistungen bei Mutterschaft**
Geburt, Hebammenbetreuung, Wochenbett und Stillberatung.

16 **Bundesrat / Änderungen ab 1. Januar 2027**
Beschluss vom 25. November 2026, insbesondere zur Mutterschaft.

17 **BAG / Kostendämpfungspaket 2**
Einzelheiten zur Befreiung ab bescheinigtem Schwangerschaftsbeginn.

18 **BAG / Obligatorische Krankenversicherung**
Ratgeber zu den Leistungen, zum gesunden Neugeborenen und zum Rechtsschutz.

19 **BAG / Kostenübernahme bei Impfungen**
Leistungen und Franchisenbefreiung ab Januar 2026.

20 **BSV / Medizinische Massnahmen der IV**
Zuständigkeit für die Behandlung anerkannter Geburtsgebrechen.

21 **BLV / Reisen mit Hunden und Katzen**
Einreise, Wiedereinreise und Dokumente für Heimtiere.

22 **BAG / Zahnärztliche Behandlung**
Gesetzliche Ausnahmen und Abgrenzung bei Unfällen.

23 **Preisüberwachung / Zahnarztkosten und Tarife**
Einordnung von Taxpunktwerten und Preisunterschieden.

24 **Stadt Zürich / Schulzahnärztliche Kontrollen**
Amtliches Ortsbeispiel; Angebote anderer Gemeinden können abweichen.

25 **Preisüberwachung / Verzeichnis der Ombudsstellen**
Amtliche Übersicht zur Suche der passenden Vermittlungsstelle.

26 **Fedlex / Versicherungsvertragsgesetz, VVG**
Gesetzlicher Rahmen für private Versicherungsverträge; Leistungsdetails stehen in der Police.