

RAHMENVERTRAG

Krankentaggeldversicherung gemäss KVG

WBV Walliser Baumeisterverband | Rue de l'Avenir 11 | Postfach 62 | 1951 Sitten | 027 327 32 32

Reglement

Reglement angenommen am 1. Januar 2021

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bestimmungen	3
Art. 1	Versicherungsdeckung.....3
Art. 2	Anschluss der Unternehmen.....3
Art. 3	Versicherte Personen.....3
Art. 4	Aufnahme des Arbeitnehmers.....3
Art. 5	Beginn des Versicherungsschutzes.....3
Art. 6	Ende oder Änderung des Versicherungsschutzes.....3
Art. 7	Ausschluss aus der Krankentaggeldversicherung für den Erwerbsausfall.....4
Leistungsanspruch	4
Art. 8	Taggelder ⁴
Art. 9	Deckung im Ausland.....4
Art. 10	Arbeitnehmer mit Aufenthaltsbewilligung.....4
Art. 11	Ausgeschlossene Risiken.....5
Taggelleistungen	5
Art. 12	Taggelder.....5
Art. 13	Taggeld bei Mutterschaft.....6
Art. 14	Entschädigung der während den ambulanten Behandlungen nicht geleisteten Stunden.....6
Art. 15	Kürzung der Leistungen.....6
Taggeldprämien	6
Art. 16	Prämien.....6
Ordnungs- und Kontrollmassnahmen	7
Art. 17	Statistiken.....7
Art. 18	Meldung der Fälle.....8
Art. 19	Disziplin und Ausgangszeiten.....8
Art. 20	Fehlzeiten-Management.....8
Art. 21	Adressänderung, Mutationen.....8
Art. 22	Verfahrensrecht.....8
Art. 23	Sonderfälle.....9
Art. 24	Paritätische Aufsichtskommission.....9
Gültigkeit	10
Art. 25	Inkrafttreten und Dauer des Vertrags.....10
Art. 26	Anhang.....10

Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Versicherungsdeckung

1. Der vorliegende Rahmenvertrag sieht eine Taggeldversicherung nach KVG zur Entschädigung des Verdienstausfalls bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit vor.

Art. 2 Anschluss der Unternehmen

1. Jeder neue Anschluss, basierend auf einem vom Unternehmen ordnungsgemäss ausgefüllten und unterschriebenen Anschlussvertrag, benötigt den Entscheid des Versicherungsnehmers.
2. In besonderen Fällen, z. B. bei einem Antrag auf Wiedereinstieg in den Vertrag, obliegt es dem Versicherungsnehmer, nach Rücksprache mit den Versicherern, die Anschlussbestimmungen festzulegen. Die Versicherer geben ihre Stellungnahme ab, nachdem sie die Schadenquote für maximal fünf Jahre analysiert haben.

Art. 3 Versicherte Personen

1. Die Arbeiter, die Angestellten und die Lernenden im Dienst eines angeschlossenen Unternehmens im Sinne des Artikel 2.
2. Die Arbeitslosen, wenn ihre Anmeldung bei der Arbeitslosenkasse dem Ende des Arbeitsverhältnisses in einem dem Rahmenvertrag des WBV angeschlossenen Unternehmen nahtlos folgt. Die Meldefrist beträgt 30 Tage nach Beendigung der Aktivität.

Art. 4 Aufnahme des Arbeitnehmers

1. Die Aufnahme in die Krankentaggeldversicherung für den Erwerbsausfall erfolgt vorbehaltlos.
2. Die Unternehmen sind dafür verantwortlich die Beitrittsgesuche sowie andere Mutationen dem WBV-Sekretariat schnell und regelmässig zu melden.

Art. 5 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Aufnahme der Tätigkeit in einem Unternehmen, welches der beruflichen Krankenversicherung angeschlossen ist, oder ab dem Datum, das im Anschlussvertrag vermerkt ist.

Art. 6 Ende oder Änderung des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz erlischt:
 - im Falle des Hinscheidens des Versicherten;
 - im Falle eines Umzuges ins Ausland;
 - bei Ablauf des Arbeitsvertrags;
 - im Falle des Erlöschens des Anrechts auf Leistungen;
 - beim Wegzug des Unternehmens;
 - bei Ausschluss;
 - ab Ende des Monats welcher dem Erreichen des AHV-Alters vorrausgeht.
2. Jeder Versicherte der ein Unternehmen verlässt welches dem WBV-Vertrag angeschlossen ist, kann seinen Übertrag zur individuellen Versicherung beantragen. Der Versicherer gewährt gleichwertige Leistungen im Rahmen der AGBs für die Einzelversicherung, ohne neue Vorbehalte zu formulieren. Das Gleiche gilt, wenn der WBV-Vertrag gekündigt wird.
3. Der Arbeitgeber muss den Versicherten schriftlich über seinen Anspruch auf Freizügigkeit informieren. Der Versicherte muss seinen Anspruch auf Freizügigkeit innerhalb drei Monate nach Erhalt der Mitteilung geltend machen.

4. Ein Mitgliedunternehmen kann seine Kündigung jeweils auf den 31. Dezember, unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6. Monaten einreichen. In solch einem Fall übernimmt der neue private oder soziale Versicherer, Unterzeichner oder nicht des SVV Abkommens, die gesamten Angestellten des betroffenen Unternehmens, einschliesslich der arbeitsunfähigen Angestellten und jene die bereits Arbeitslos sind.
5. Ein Mitgliedunternehmen kann seine Wartefrist zum 1. Januar eines jeden Jahres ändern, unter Berücksichtigung einer Anzeigefrist von 3. Monaten.

Art. 7 Ausschuss aus der Krankentaggeldversicherung für den Erwerbsausfall

1. Die Partnersversicherer können einen Versicherten ausschliessen, wenn er:
 - eine in den allgemeinen Bedingungen festgelegte Stellungnahme nicht abgibt, ausser wenn das Versäumnis entschuldbar ist;
 - den Versicherer betrügt oder zu betrügen versucht;
 - zum Nachteil des Versicherers rechtswidrige Gewinne erzielt hat oder versucht hat, solche zu erzielen.
2. Der Versicherungsnehmer kann ein Unternehmen ausschliessen, wenn es die Beiträge nicht gezahlt hat.

Leistungsanspruch

Art. 8 Taggelder

1. Das Anrecht auf Leistungen beginnt mit der Aufnahme der Tätigkeit in einem Unternehmen, welches dem WBV-Vertrag angeschlossen ist, oder ab dem Datum, das im Anschlussvertrag vermerkt ist.
2. Ein nur teilweise arbeitsfähiger Arbeitnehmer, der eine Austrittsbescheinigung eines anerkannten Versicherers besitzt und die gesetzlichen Voraussetzungen für die Freizügigkeit erfüllt, hat Anspruch auf restliche Leistungen, wenn er eine Tätigkeit in einem Unternehmen der Branche aufnimmt.

Art. 9 Deckung im Ausland

1. In den Fällen einer plötzlich auftretenden Krankheit während eines kurzen Auslandsaufenthalts von höchstens zwei Monaten, und solange ein Transfer in die Schweiz nicht möglich ist, übernehmen die - Versicherer folgende Leistungen:
 - die Taggelder, wenn sich der Versicherte in einem Spital aufhält.
2. Wenn sich der Versicherte für eine Behandlung ins Ausland begibt, wird keine Leistung gewährt.
3. Wenn ein erkrankter Versicherter, der Anspruch auf Leistungen hat, sich ohne vorherige Zustimmung durch den Versicherer, ins Ausland begibt, so hat er keinerlei Anspruch auf Leistungen solange er im Ausland ist.

Art. 10 Arbeitnehmer mit Aufenthaltsbewilligung

1. Die Eigenschaft als Versicherter und das Anrecht auf Leistungen enden, unabhängig vom Gesundheitszustand, mit dem Ablauf des Arbeitsvertrages, und in jedem Fall bei Wegzug ins Ausland.
2. Nach Ablauf des Arbeitsvertrages verbleiben die kranken Versicherten während der gesamten Dauer der Arbeitsunfähigkeit in der Kollektivversicherung und erhalten für den Lohnausfall die gleichen Leistungen. Die Kasse überweist ihnen das versicherte Taggeld, insofern sie auf Vormeinung des Vertrauensarztes in der Schweiz behandelt werden (unter Vorbehalt des unten stehenden Absatzes 10.3).
3. Die Versicherer können für einen Arbeiter mit Aufenthaltsbewilligung das Anrecht auf Leistungen um höchstens 21 Tage verlängern, wenn dieser seine Genesungszeit, die nach einer schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen nötig ist, in seinem Heimatland verbringen möchte.

4. In Ausnahmefällen kann das Anrecht auf Leistungen mit dem vorgängigen Einverständnis des Vertrauensarztes der Versicherer auf höchstens 60 Tage pro Kalenderjahr ausgedehnt werden.
5. In jedem Fall müssen der behandelnde Arzt und der Versicherer vorgängig ihr Einverständnis geben.

Art. 11 Ausgeschlossene Risiken

1. Folgende Risiken werden vor der Versicherung nicht abgedeckt:
 - jene die in besonders schweren Fällen vorsätzlich hervorgerufen werden oder deren Heilung durch den Patienten verzögert wird;
 - die im Ausland behandelten Krankheiten, unter Vorbehalt der Art. 8.1 und 9.3;
 - die Unfälle und deren Folgen.

Taggelleistungen

Art. 12 Taggelder

1. Bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit hat der Versicherte Anrecht auf ein Taggeld in Höhe von 90% des AHV-pflichtigen Lohnes und der vertraglichen Zuschläge, mit Ausnahme der Überstunden. Eine maximale Höchstgrenze kann durch die AVB Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Anhang I) vorgesehen werden. Das Taggeld wird auf der Grundlage des Stundenlohns berechnet, multipliziert mit den in der Lohnvereinbarung oder falls nicht verfügbar im Gesamtarbeitsvertrag festgelegten jährlichen Arbeitsstunden, inklusive Pausen. Das Taggeld wird für alle Tage, inklusive Sonn- und Feiertage ausbezahlt. Bei unregelmässigen Einkommen wird das Anrecht auf Leistungen auf der Basis des AHV-Lohns der letzten 12 Monate berechnet. Bei einem vorübergehenden zusätzlichen Einkommen, zum Beispiel für eine Vertretung, wird das Anrecht auf Leistungen entsprechend dem nur während dieser Zeit realisierbarem Einkommen berechnet. Massgebend ist die detaillierte Bescheinigung des Unternehmens, bei Bedarf der Arbeitsvertrag.
2. Bei Versicherten, die monatlich bezahlt werden, wird das Monatsgehalt mit 13 multipliziert.
3. Für jede Abwesenheit, die einen Tag übersteigt, muss der Arbeiter ein ärztliches Attest vorlegen.
4. Der Arbeitgeber hat die Möglichkeit eine Wartefrist von ein oder vierzehn Tagen für das gesamte Unternehmen zu vereinbaren. Die Wartefrist wird nicht vergütet; sie beginnt bei jedem Krankheitsfall von neuem. Eine neue Wartefrist muss nicht eingehalten werden, wenn der Arbeiter innert 180 Tagen nach Wiederaufnahme der Arbeit erneut wegen derselben Krankheit arbeitsunfähig wird (Rückfall).
5. Für versicherte Personen im AHV-Alter beträgt die maximale Leistungsdauer pro Fall 180 Tage, abzüglich der Wartefrist, jedoch längstens bis zum Erreichen des 70. Lebensjahres.
6. Das volle Taggeld wird für eine oder mehrere Krankheiten während höchstens 730 Tagen innerhalb eines Zeitraums von 900 Tagen ausbezahlt. Bei einem Kassenwechsel werden die Tage, an denen die Versicherten von der früheren Kasse Taggelder bezogen haben, einberechnet.
7. Die Versicherten, welche die im Absatz 12.6 vorgesehenen Leistungen ausgeschöpft haben und ihre Arbeit wieder aufnehmen, haben nach 2 Monaten Praktikum, in einem Unternehmen welches der beruflichen Krankenversicherung angeschlossen ist, das Anrecht auf fünf Taggelder pro gearbeiteten Monat.
8. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25% wird während 730 Tagen ein entsprechend gekürztes Taggeld ausbezahlt. Der Versicherungsschutz bleibt für die verbliebende Kapazität bestehen.
9. Wenn das Taggeld aufgrund einer Überentschädigung reduziert wird, hat die von einer vollständigen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit betroffene Person Anrecht auf eine Entschädigung, die 730 vollständigen Taggeldern entspricht. Die Fristen betreffend die Gewährung von Taggeldern werden der Reduktion entsprechend verlängert. Der Versicherte, der mit den Leistungen anderer Sozial- oder

Privatversicherungen den versicherten Betrag übersteigt, erhält keine Leistung des Krankenversicherers.

10. Die Leistungen der Taggeldversicherung gelten als gleichwertig zur Auszahlung des Lohns im Sinne der Art. 324a und 324b des Obligationenrechts.
11. Grundsätzlich zahlt die Kasse die Leistungen folgendermassen aus:
 - an den Arbeitgeber, für die Arbeiter mit Monatslohn;
 - an die Arbeiter, wenn sie im Stundenlohn bezahlt werden.

Art. 13 Taggeld bei Mutterschaft

1. Bei Schwangerschaft und Geburt zahlen die Versicherer die versicherten Taggelder aus, wenn die Versicherte bei der Geburt des Kindes seit mindestens 270 Tagen, mit Unterbrechung von höchstens drei Monaten, versichert war.
2. Die Taggelder betragen 90% des AHV-Lohnes. Sie werden während 16 Wochen, ab dem Tag der Geburt, zusätzlich zu den Mutterschaftsleistungen gemäss EOG, ausgezahlt.

Art. 14 Entschädigung der während den ambulanten Behandlungen nicht geleisteten Stunden

1. Die Kassen vergüten den arbeitsfähigen Versicherten, die sich während den Arbeitsstunden einer ambulanten Behandlung unterziehen müssen, pro Krankheitsfall 90% des Lohnes ab der 9. nicht geleisteten Stunde.
2. Wenn die medizinische Behandlung unmittelbar auf eine Periode der Arbeitsunfähigkeit fällt, für die der Versicherte die im Art. 12.4 festgelegte Wartefrist bereits erfüllt hat, werden sämtliche nicht geleistete Stunden zum Satz von 90 % vergütet.
3. Die Bezahlung erfolgt am Ende der medizinischen Behandlung oder, bei längerer Dauer, quartalsweise, auf Vorlegen einer Abrechnung des Arbeitgebers, welche die Gesamtheit der nicht geleisteten und nicht bezahlten Stunden ausweist. Um gültig zu sein, muss die Abrechnung ebenfalls das Visum des behandelnden Arztes enthalten.
4. Die nicht geleisteten Stunden für Behandlung, die von der Krankenversicherung nicht anerkannt sind, werden nicht berücksichtigt.
5. Im Rahmen des Möglichen versucht der Versicherte die Behandlungen ausserhalb der Arbeitszeit festzulegen.

Art. 15 Kürzung der Leistungen

1. AHV-Rentner
Die Versicherung eines Taggeldes und der Anspruch auf Leistungen enden am Ende des Monats, der dem Beginn des Anspruchs auf eine AHV-Rente vorausgeht (unter Vorbehalt des Art. 6.1).

Taggeldprämien

Art. 16 Prämien

1. Die Prämiensätze sind im Anhang I zu diesem Vertrag aufgeführt.
2. Auf der Grundlage einer Veranlagungsverfügung der Kasse überweist der Arbeitgeber die Gesamtheit der Beiträge monatlich, spätestens am 10. des folgenden Monats. Wenn gemäss den reglementarischen Bestimmungen keine Einsprache erfolgt, ist die Veranlagungsverfügung anerkannt und gilt im Sinn des Art. 82 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs (SchKG) als Schuldanererkennung.

Für die ersten vier Monate des Jahrs basiert die Veranlagungsverfügung auf der massgebenden Lohnsumme der Jahresabrechnung des Vorjahrs, zu welcher die vertraglichen Erhöhungen des Vorjahrs und des laufenden Jahrs hinzukommen. Für die folgenden acht Monate basiert die Veranlagungsverfügung auf der massgebenden Lohnsumme der Jahresabrechnung des Vorjahrs, zu welcher die vertraglichen Erhöhungen des laufenden Jahrs hinzukommen. Wenn keine Jahresabrechnung vorliegt, nimmt die Kasse auf der Grundlage einer gewissenhaften Einschätzung der zur Verfügung stehenden Elemente von Amts wegen einer Veranlagung vor.

Um die Saisonalität zu berücksichtigen, werden die Akontobeträge für die Monate Januar bis April um 20 % reduziert, während diejenigen von Mai bis August um 20 % erhöht werden. Die monatlichen Akontobeträge werden zu 90 % verrechnet und auf die untere Tausenderstelle abgerundet. Bei Akontobeträgen unter CHF 1'000 wird auf die untere Hunderterstelle abgerundet.

Wenn sich die jährliche Situation des Arbeitgebers erheblich um +/- 20 % verändert, muss dieser eine Revision seiner monatlichen Akontoprämienbeträge beantragen und die Belege dieser Veränderung sowie ihrer Dauerhaftigkeit einreichen. Ein solcher Antrag ist jedoch nur einmal pro Jahr und spätestens bis zum 31. August möglich. Auf der Grundlage der eingereichten Belege nimmt die Kasse gegebenenfalls eine neue Veranlagungsverfügung vor. Wenn seitens des Arbeitgebers keine Meldung erfolgt, behält sich die Kasse das Recht vor, eine neue Verfügung vorzunehmen, wenn sie feststellt, dass der vom Arbeitgeber gemeldete Bestand um +/- 20 % abweicht.

3. Am Ende des Jahrs muss der Arbeitgeber der Kasse oder dem von der Kasse beauftragten Organ innerhalb von 30 Tagen eine Jahresabrechnung mit Namensverzeichnis in der verlangten Form einreichen, die von den Personen unterzeichnet ist, welche den Arbeitgeber vertreten können. Auf dieser Grundlage berechnet die Kasse unter Berücksichtigung der monatlichen Akontobeträge die definitive Prämie. Ein allfälliger Restbetrag wird auf der Abrechnung ausgewiesen und ist innerhalb von 10 Tagen zu überweisen.

Wenn der Arbeitgeber die Jahresabrechnung nicht fristgerecht einreicht, gewährt ihm die Kasse oder das beauftragte Organ eine neue Frist von 10 Tagen, um seinen Pflichten nachzukommen. Wird diese Frist nicht eingehalten, wird dem Arbeitgeber eine letzte Frist von 10 Tagen eingeräumt. Gleichzeitig wird er auf die Folgen eines Nichtanschlusses gemäss Gesetz und auf allfällige Verantwortlichkeiten des Arbeitgebers, welche daraus entstehen könnten, aufmerksam gemacht. Erfolgt keine Meldung, trägt die Kasse das Unternehmen als Arbeitgeber ohne Personal ein und neue Leistungsanträge werden abgelehnt. In solchen Fällen ordnet die Kasse eine Kontrolle des Arbeitgebers an, deren Kosten in der Höhe eines Pauschalbetrags von CHF 1'000 zulasten des Unternehmens gehen.

4. Werden die Beiträge innerhalb der festgesetzten Frist nicht bezahlt, räumt die Kasse eine neue Frist von 10 Tagen ein. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Information, stellt sie eine letzte Aufforderung mit einer neuen Frist von 10 Tagen zu.

Mahnungen und Aufforderungen werden jeweils mit einem Pauschalbetrag von CHF 20 verrechnet. Erfolgt die Zahlung nicht fristgerecht, wird ein jährlicher Verzugszins von 5 % fällig. Bei einer Abrechnung zugunsten des Arbeitgebers wird ein Vergütungszins auf der Grundlage des Zinssatzes der Bundesobligationen mit einer Laufzeit von 10 Jahren bezahlt.

Das Nichtbezahlen der Beiträge nach einer Aufforderung stellt einen wichtigen Grund für die vorzeitige Kündigung des Anschlusses gemäss Artikel 107 OR dar.

Ordnungs- und Kontrollmassnahmen

Art. 17 Statistiken

1. Die Partner richten ein Managementsystem ein, um die Entwicklung der Schadensquote aktiv zu überwachen. Zu diesem Zweck muss der Versicherungsnehmer unter Einhaltung der Bundesdatenschutzbestimmungen Zugang zu allen relevanten Informationen haben.

Art. 18 Meldung der Fälle

1. Die Meldung eines Arbeitsunfähigkeitsfalls wird vom Arbeitgeber spätestens 14 Tage nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit ausgefüllt. Der Arbeitgeber adressiert diese direkt an den WBV, welcher die Meldung in elektronischer Form an den betroffenen Versicherer weiterleitet.
2. Der Versicherte hat 14 Tage ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit Zeit, das ärztliche Attest an den WBV zu senden.
3. Bei unentschuldigtem verspätetem Einreichen besteht der Anspruch auf versicherte Leistung frühestens ab Eingang der Arbeitsunfähigkeitsmeldung.
4. Wenn ein Fall zuerst der Unfallversicherung gemeldet worden ist und diese ihn abgelehnt hat, da er krankheitsbedingt ist, muss der Versicherer innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Erhalt des Ablehnungsentscheids der Unfallversicherung darüber informiert werden.

Art. 19 Disziplin und Ausgangszeiten

1. Der Versicherte hat die Vorschriften des Arztes strikt zu befolgen und sich so zu verhalten, dass seine Genesung nicht beeinträchtigt wird.
2. Jegliche Arbeit ist verboten, ausser wenn der Arzt aus therapeutischen Gründen leichte Arbeit des Versicherten gutheisst.
3. Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG).

Art. 20 Fehlzeiten-Management

1. Die Versicherer organisieren die Kontrolle der Kranken. Sie können einen Kranken jederzeit besuchen und ihn in speziellen Fällen auch auf ihre Kosten durch einen Arzt untersuchen lassen. Der Kranke, der bei einem Besuch abwesend ist, kann zum Vertrauensarzt oder einem externen vom Versicherer beauftragten Arzt vorgeladen werden.
2. Der Versicherte, der sich einer Untersuchung durch den Vertrauensarzt oder durch einen vom Versicherer beauftragten externen Arzt widersetzt, wird ermahnt und verliert ab dem Zeitpunkt der Verweigerung den Anspruch auf Leistungen für diesen Krankheitsfall (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG).

Art. 21 Adressänderung, Mutationen

1. Jede Adressänderung muss dem Versicherer unverzüglich gemeldet werden.
2. Wenn ein Kranker eine falsche oder unvollständige Adresse angibt und so eine Kontrolle unmöglich macht, kann der Versicherer die Gewährung des Taggeldes verweigern oder ihm nur eine teilweise Entschädigung zugestehen.
3. Die Übertritte von Versicherten von einem Versicherer zu einem anderen, ohne Wechsel des Arbeitgebers, können nur zum 1. Januar eines jeden Jahres erfolgen.

Art. 22 Verfahrensrecht

1. Entscheid

Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger schriftlich Verfügungen zu erlassen (Art. 49 Abs. 1 ATSG).

2. Einspruch

Die Entscheidungen können innerhalb von 30 Tagen durch Einspruch bei dem Versicherer, der sie erlassen hat, angefochten werden, davon ausgenommen sind prozess- und verfahrensleitende Verfügungen. Die Einspracheentscheide müssen innerhalb einer angemessenen Frist bekannt gegeben werden. Sie sind begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen. Das Einspracheverfahren ist kostenlos. Parteientschädigungen werden in der Regel nicht ausgerichtet (Art. 52 ATSG).

3. Beschwerde

Gegen Einspracheentscheide oder Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde erhoben werden. Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn der Versicherer entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt (Art. 56 ATSG).

4. Kantonales Versicherungsgericht

Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem das Durchführungsorgan seinen Sitz hat. Die Behörde, die sich als unzuständig erachtet, überweist die Beschwerde ohne Verzug dem zuständigen Versicherungsgericht (Art. 58 ATSG).

Art. 23 Sonderfälle

1. In sämtlichen von diesem Reglement nicht vorhergesehenen Fällen sind die Statuten, die Reglemente und die AVB des Versicherers anwendbar, welchem der Versicherte angeschlossen ist.
2. Die Bestimmungen des ATSG und des KVG bleiben anwendbar.

Art. 24 Paritätische Aufsichtskommission

1. Die paritätische Aufsichtskommission besteht aus:
 - 4 Vertretern des WBV
 - 2 Vertretern der SCIV – SYNA
 - 2 Vertretern der UNIA
2. Ein oder mehrere Vertreter der Versicherer können in beratender Funktion zur Teilnahme eingeladen werden.
3. Die Mitgliedschaft in der paritätischen Aufsichtskommission erlischt mit dem Erreichen des Alters von 65 Jahren oder mit dem Ende des offiziellen Mandats.
4. Die paritätische Aufsichtskommission organisiert sich selbstständig; das ständige Sekretariat wird vom Walliser Baumeisterverband übernommen. Der WBV und die Partner-Krankenkassen unterzeichnen eine administrative Vereinbarung und eine Zusammenarbeitsvereinbarung im Bereich der Vermittlung, welche die praktischen Anwendungsdetails regeln.
5. Die paritätische Aufsichtskommission verfügt über folgende Befugnisse:
 - Prüfung der Rentabilitäten und der Festlegung der Prämien,
 - Verwaltung des Prämienregulierungsfonds, dessen Zweck es ist, die den angeschlossenen Unternehmen in Rechnung gestellten Prämien so weit wie möglich zu stabilisieren, indem ein in % der eingereichten AHV-Löhne festgelegter Sonderbeitrag einbehalten oder verteilt wird,
 - Verwaltung des Notfallfonds, dessen Zweck es ist:

- als Garantie für den Prämienregulierungsfonds zu fungieren,
- Versicherten, die infolge von Krankheit in Not geraten sind, Hilfe zu gewährleisten,
- freiwillige Zuwendungen im Todesfall zu gewähren,
- zur Deckung der Kosten für die Ausarbeitung, Umsetzung und Anwendungsüberwachung der Versicherungsbedingungen,
- andere Aufgaben, hauptsächlich sozialer Natur, zu erfüllen,
- gütliche Regelung der Streitfälle, die sich aus der Auslegung und der Anwendung der Bestimmungen der Versicherungsbedingungen ergeben,
- Überwachung und Kontrolle des Inkassos und der Verteilung der Prämien,
- Orientierung der Versicherten über ihre Rechte und Pflichten
- Bestimmung der Revisionsstelle.

Gültigkeit

Art. 25 Inkrafttreten und Dauer des Vertrags

1. Der Rahmenvertrag tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.
2. Er ist bis zum 31. Dezember 2023 gültig.
3. Wenn er nicht von einer der Vertragsparteien bis spätestens am 30. September 2023 gekündigt wird, verlängert er sich stillschweigend jeweils um ein Jahr mit derselben Kündigungsfrist.
4. Er annulliert und ersetzt alle vorherigen Rahmenverträge, welche zwischen dem Versicherungsnehmer und den Partnersversicherern geschlossen wurden.
5. Dieses Reglement wurde in französischer Sprache verfasst; könnte aber in andere Sprachen übersetzt werden. Bei Abweichungen zwischen der französischen Version und der Übersetzung in andere Sprachen ist die französische Version massgebend.

Art. 26 Anhang

1. Der Anhang I, welcher jedes Jahr aktualisiert wird, ist ein wesentlicher Bestandteil dieses Rahmenvertrags.

So angefertigt in fünf Originalexemplaren am 21. Dezember 2020 in Sitten.

Walliser Baumeisterverband [WBV]

Alain Métrailler

Serge Métrailler

Verband der Walliser Plattenlegerunternehmen [VWPU]

Christian Frehner

Gérard Bornet

Syndicats Chrétiens Interprofessionnels du Valais [SCIV]

Carole Furrer

Bernard Tissières

Syndicat Industrie et Bâtiment [UNIA]

Jeanny Morard

Blaise Carron

SYNA Oberwallis

Guido Schluep

Juri Theler