sodalis
gesundheitsgruppe

Versicherungsbedingungen

sodalis gesundheitsgruppe

Allgemeine Versicherungsbedingungen gemäss KVG (AVB/Krankenpflegeversicherung OKP/ Taggeldversicherung Moneta KVG) – Ausgabe 0122

Inhaltsübersicht

1. Geltendes Recht
1.1 | Reihenfolge

2. Versicherte Person
2.1 | Aufnahme

3. Beginn, Ende und Ruhen der Versicherung
3.1 | Beginn der Versicherung
3.2 | Ende der Versicherung
3.3 | Wechsel des Versicherers
3.4 | Ruhen der Unfalldeckung
3.5 | Prämienreduktion im Militärdienst
3.6 | Wegfall von Ansprüchen

4. Beitragsrecht
4.1 | Beiträge (Prämien)
4.2 | Zahlungsverzug
4.3 | Altersgruppen
4.4 | Kostenbeteiligung

5. Mitwirkungspflichten
5.1 | Allgemeines
5.2 | Meldepflichten

6. Leistungsbereich
6.1 | Versicherungsabteilungen
6.2 | Unfälle
6.3 | Überentschädigung

7. Verschiedene Bestimmungen
7.1 | Abrechnung der Schadenfälle
7.2 | Schadenminderungspflichten
7.3 | Abtretung und Verrechnung
7.4 | Verfügung
7.5 | Akteneinsicht
7.6 | Einsprache
7.7 | Verwaltungsgerichtsbeschwerde
7.8 | Schlussbestimmungen

1. Geltendes Recht

1.1 | Reihenfolge

1. Diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen gehen Rechtsregeln in folgender Reihenfolge vor:
   - Bundesrecht
   - Kantonales Recht
   - Kommunales Recht
   - Statuten
   - Tarifverträge.
2. Soweit im Taggeldreglement nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
3. Diese AVB gelten nicht für die UVG-Versicherung sowie deren Ergänzungs- und Zusatzvereinbarungen, sofern nicht ausdrücklich darauf verwiesen wird. Sie gelten ferner nicht für Zusatzversicherungen, welche bis 31. Dezember 1996 noch den alten AVB/E und ab 1. Januar 1997 dem Versicherungsvertragsgesetz unterstellt sind.

2. Versicherte Person

2.1 | Aufnahme

1. Jede Person, die ihren Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet des Versicherers hat, ist berechtigt, in die Krankenversicherung einzutreten bzw. Antrag auf Abschluss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und einer Taggeldversicherung zu stellen. Vorbehalten bleiben Ausnahmen von der Versicherungspflicht sowie die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf Personen im Ausland im Sinne von Art. 7 KVV.
2. Die antragstellende Person hat das vom Versicherer zur Verfügung gestellte Antrags- und Frageformular vollständig und wahrheitsgemäss auszufüllen.
3. Die Aufnahmebedingungen für die vom Versicherer geführten Zusatzversicherungen sind in den AVB für die Zusatzversicherung sowie in den einzelnen Leistungsbestimmungen festgesetzt.

3. Beginn, Ende und Ruhen der Versicherung

3.1 | Beginn der Versicherung

1. Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter bzw. ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen. Bei rechtzeitigem Beitritt eines Versicherten nach Massgabe von Art. 3 KVG beginnt die Versicherung im Zeit- punkt der Geburt oder der Wohnsitznahme im Tätigkeitsgebiet des Versicherers. Vorbehalten bleiben die Regelungen für Personen im Sinne von Art. 3 Abs. 2 und 3 KVG.
2. Die Erhebungsdauer für den Prämienzuschlag bei verspätetem Beitritt nach Art. 5 Abs. 2 des Gesetzes entspricht der doppelten Dauer der Verspätung. Der Prämienzuschlag beträgt 30 bis 50 Prozent der Prämie.
   Der Versicherer setzt den Zuschlag nach der finanziellen Lage des Versicherten fest. Hat die Zahlung des Prämienzuschlages eine Notlage für den Versicherten zur Folge, setzt der Versicherer einen Zuschlag von weniger als 30 Prozent fest.

3.2 | Ende der Versicherung

Die Versicherung erlischt:
- bei Ableben
- Wechsel des Versicherers
- Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet

3.3 | Wechsel des Versicherers

1. Die versicherte Person kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist den Versicherer auf Ende eines Kalendersemesters wechseln.
2. Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Der Versicherer muss die neuen, vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) genehmigten Prämien jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen.
3. Muss die versicherte Person den Versicherer verlassen, weil sie ihren Wohnort verlegt oder die Stelle wechselt, so endet das Versicherungsverhältnis im Zeitpunkt der Verlegung des Wohnortes oder des Stellenantritts beim neuen Arbeitgeber.
4. Führt der Versicherer die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung gemäss Art. 43 KVAG.
5. Das Versicherungsverhältnis endet beim Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat,

dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Unterlässt der neue Versicherer diese Mitteilung, so hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämiendifferenz. Sobald der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten hat, informiert er die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist.

6 Wenn der bisherige Versicherer den Wechsel des Versicherers verunmöglicht, hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämiendifferenz.

7. Der bisherige Versicherer darf eine versicherte Person nicht dazu zwingen, bei einem Wechsel des Versicherers auch die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen im Sinne von Art. 2 Abs. 2 KVAG zu kündigen.

8. Der Versicherer darf einer versicherten Person die bei ihm abgeschlossenen Zusatzversicherungen nach Art. 2 Abs. 2 KVAG nicht allein aufgrund der Tatsache kündigen, dass die versicherte Person den Versicherer für die soziale Krankenversicherung wechselt.

3.4 | Ruhen der Unfalldeckung

1. Die Deckung für Unfälle kann sistiert werden bei Versicherten, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch für dieses Risiko voll gedeckt sind. Der Versicherer veranlasst das Ruhen auf Antrag der versicherten Person, wenn diese nachweist, dass sie voll nach dem UVG versichert ist. Die Prämie wird entsprechend herabgesetzt. Der Antrag hat in schriftlicher Form zu erfolgen. Die Sistierung beginnt frühestens am ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats.
2. Die Unfälle sind gemäss KVG gedeckt, sobald die Unfalldeckung nach dem UVG ganz oder teilweise aufhört.
3. Der Versicherer übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei ihm versichert waren.
4. Der Versicherer hat die versicherte Person bei ihrem Beitritt zur sozialen Krankenversicherung schriftlich auf ihre Pflicht nach Art. 8 KVG hinzuweisen.
5. Der Arbeitgeber informiert eine aus dem Arbeitsverhältnis oder aus der Nichtbetriebsunfallversicherung nach dem UVG ausscheidende Person schriftlich darüber, dass sie dies innerhalb eines Monats nach der Information durch den Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung ihrem Versicherer nach KVG zu melden hat. Die gleiche Pflicht trifft die Arbeitslosenversicherung, wenn der Anspruch auf Leistungen ihr gegenüber erlischt und die betreffende Person kein neues Arbeitsverhältnis eingeht.
6. Hat die versicherte Person ihre Pflicht nach Absatz 5 nicht erfüllt, so kann der Versicherer von ihr den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem der Versicherer davon Kenntnis erhält, verlangen.
   Hat der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung die Pflicht nach Abs. 5 nicht erfüllt, so kann der Versicherer die gleichen Forderungen ihnen gegenüber geltend machen.

3.5 | Prämienreduktion im Militärdienst

Bei Militärdienst von zusammenhängend mehr als 60 Tagen kann die versicherte Person die obligatorische-Krankenpflegeversicherung Medica für die Dauer des Militärdienstes sistieren. Die Rückerstattung / Sistierung erfolgt nach Abgabe einer schriftlichen Bestätigung des absolvierten Dienstes.

3.6 | Wegfall von Ansprüchen

Ein Mitglied, dessen Mitgliedschaft erloschen ist, hat keine Ansprüche an das Kassenvermögen; vorbehalten bleiben ausstehende Versicherungsleistungen. Seinen Verpflichtungen hat das Mitglied nachzukommen.

4. Beitragsrecht

4.1 | Beiträge (Prämien)

1. Die Höhe der Beiträge wird nach Lebensalter, Kantonen und Regionen abgestuft. Bei Jugendlichen bis zum vollendeten 25. Altersjahr gelangt eine gegenüber den Erwachsenen tiefere Prämie zur Anwendung.
2. Die Versicherten haben die Beiträge in gesunden und kranken Tagen im Voraus zu entrichten.
3. Beginnt oder endet das Versicherungsverhältnis im Laufe eines Kalendermonats, so sind die Prämien anteilmässig zu entrichten.
4. Der Versicherer kann die Prämien für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach Art. 62 KVG vermindern.

4.2 | Zahlungsverzug

Kommen die Versicherten ihrer Zahlungspflicht nicht nach, so werden sie nach bereits erfolgter Erinnerung schriftlich gemahnt. Unter Hinweis auf die Verzugsfolgen

werden sie aufgefordert, innert 30 Tagen nach Absendung der Mahnung Zahlung zu leisten.

Bearbeitungsgebühren, Betreibungskosten und Verzugszinse

Für fällige Prämienforderungen sind die gesetzlichen Verzugszinsen zu zahlen. Für weitere Auslagen von Mahnungen und Betreibungen verrechnet sodalis angemessene Bearbeitungsgebühren wie folgt:

- Erinnerungsschreiben	CHF 0.–
- Erste und letzte Mahnung	CHF 10.–
- Einleitung Betreibung Dossiergebühren	CHF 100.–

4.3 | Altersgruppen

1. Es bestehen folgende Altersgruppen:
   Altersgruppe 1 Kinder 0 – 18
   Altersgruppe 2 junge Erwachsene 19 – 25
   Altersgruppe 3 Erwachsene ab dem 26. Altersjahr
2. Beitragsrechtlich ist das tatsächliche Alter massgebend.

4.4 | Kostenbeteiligung

1. Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen.
2. Die Kostenbeteiligung besteht aus:
   - einem festen Jahresbetrag (Franchise von CHF 300.–);

   und
   - zehn Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts beläuft sich auf CHF 700.– für Erwachsene und CHF 350.– für Kinder
3. Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehalts ist das Behandlungsdatum.
4. Für Kinder wird keine Franchise erhoben, und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes. Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens die Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.
5. Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital nach Art. 64 Abs. 5 KVG beträgt CHF 15.–. Keinen Beitrag zu entrichten haben:
   - Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung nach Artikel 61 Absatz 3 des Gesetzes;
   - Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.
6. Auf den Leistungen bei Mutterschaft wird generell keine Kostenbeteiligung erhoben.
7. Vorbehalten bleiben die Leistungen, für welche der Bundesrat kraft Verordnung eine höhere Kostenbeteiligung nach Art. 64 Abs. 6 lit. a KVG oder aber eine herabgesetzte oder aufgehobene Kostenbeteiligung nach Art. 64 Abs. 6 lit. b KVG vor sieht.
8. Der Versicherte kann gegen eine Reduktion der Prämie eine höhere Kostenbeteiligung wählen.

Kinder

Franchise von CHF 100.–/ 200.–/ 300.–/ 400.–/ 500.–

Erwachsene

Franchise von CHF 500.–/ 1'000.–/ 1'500.–/ 2'000.–/ 2'500.–

Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist frühestens ein Jahr nach dem Beitritt zur Versicherung mit wählbaren Franchisen gem. Art. 94 b KVV unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich. Muss die versicherte Person den Versicherer aufgrund von Artikel 7 Absatz 3 oder 4 nach KVG verlassen, so ist Artikel 103 Absatz 4 KVV sinngemäss anwendbar.

5. Mitwirkungspflichten

5.1 | Allgemeines

1. Der Aufnahmebewerber bzw. die Aufnahmebewerberin oder der gesetzliche Vertreter muss alle erforderlichen Auskünfte erteilen und ausserdem die Unterlagen zur Verfügung halten, die für die Aufnahme oder die Abklärung von Drittleistungspflichten nötig sind. Im Bereich der Taggeldversicherung hat er/sie ferner alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen, welche für die Aufnahme, die Vorbehalte, die Klärung der Gesundheitsstörungen sowie für die Festsetzung der Versicherungsleistungen benötigt werden, insbesondere medizinische Berichte, Gutachten, Röntgenbilder, Belege über die Leistungen Dritter. Sie müssen Dritte ermächtigen, solche Unterlagen herauszugeben und Auskunft zu erteilen.
2. Der Aufnahmebewerber bzw. der Versicherte muss sich im Bereich der Taggeldversicherung weiteren vom Versicherer angeordneten Abklärungsmass-nahmen unterziehen, insbesondere zumutbaren medizinischen Untersuchungen, die der Diagnose und der Bestimmung der Leistungen dienen. Unzumutbar sind medizinische Massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit des Versicherten darstellen.
3. Der Versicherer kann auf ihre Kosten von Medizinalpersonen und anderen Fachleuten Gutachten einholen, insbesondere über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten.

5.2 | Meldepflichten

1. Der Versicherte hat Unfälle, die nicht bei einem UVG-Versicherer oder bei der Militärversicherung angemeldet sind, seinem Krankenversicherer unverzüglich zu melden. Er hat Auskunft zu geben über:
   - Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalles
   - den behandelnden Arzt, die behandelnde Ärztin oder das Spital
   - allfällige betroffene Haftpflichtige und Versicherungen.
2. Der Versicherte ist verpflichtet, jeden Krankheitsfall dem Versicherer innert fünf Tagen anzuzeigen.
3. Adress- und Namensänderungen sowie Todesfälle sind dem Versicherer innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.
4. Badekurverordnungen sind dem Versicherer 14 Tage vor Antritt der Badekur zur Prüfung zuzustellen, ausgenommen in Fällen, wo die Kur unmittelbar nach einem Akutspitalaufenthalt angetreten wird.

6. Leistungsbereich

6.1 | Versicherungsabteilungen

1. Der Versicherer führt nach Massgabe dieser AVB und gemäss besonderen Reglementen folgende Versicherungsabteilungen:
   - Obligatorische Krankenpflegeversicherung Medica
   - Taggeldversicherung Moneta nach KVG
   - Besondere Versicherungsformen nach KVG Art. 62 Medicasa, Telmed und Digimed.
2. Im Bereich der Zusatzversicherung führt der Versicherer gemäss separaten AVB und Bestimmungen folgende Versicherungsabteilungen:
   - Ospita
   - Ospita Plus
   - sodalis spitalversicherung
   - Denta
   - Sana
   - Sana Plus
   - Moneta nach VVG: Einzel- und Kollektivtaggeld.

3. Sie vermittelt im Weiteren:
   - Kapitalleistungen bei Tod und Invalidität durch Unfall (gemäss den speziellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der SOLIDA AG, Zürich)
   - Kapitalleistungen bei Tod und Invalidität durch Krankheit (gemäss den speziellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der GENERALI Personen-versicherungs AG, Adliswil)
   - Patientenrechtschutzversicherung (gem. den speziellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Coop Rechtsschutz AG, Aarau)
   - Unfallversicherung nach UVG (gemäss den speziellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der SOLIDA AG, Zürich).
   - Ferien- und Reiseversicherungen: Europäische Reiseversicherung AG, Basel
4. Der Versicherer kann weitere Versicherungen vermitteln.
5. Für die vermittelten Versicherungen haftet der Versicherer nicht.

6.2 | Unfälle

1. Der Versicherer übernimmt bei Unfällen gemäss KVG die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.
2. Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, oder geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.
3. Unfälle, für die eine andere Unfallversicherung aufzukommen hat, sind jedoch von der Deckung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung ausgeschlossen.
4. Die Unfalldeckung ruht nach Massgabe von Art. 8 KVG und Art. 11 KVV.

6.3 | Überentschädigung

1. Die Leistungen der Krankenversicherung oder deren Zusammentreffen mit denjenigen anderer Sozialversicherungen dürfen nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Personen führen.
   Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des Versicherungsfalles ausgerichtet werden. Dabei werden Hilflosenentschädigung und Zuschläge für Hilflosigkeit nicht berücksichtigt.
2. Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen die folgenden Grenzen übersteigen:
   - die der versicherten Person entstandenen Diagnose-und Behandlungskosten
   - die der versicherten Person entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten; Pflegeleistungen von Angehörigen sind als Kosten zu berücksichtigen, auch wenn diese keine Erwerbseinbusse erleiden
   - den der versicherten Person durch den Versicherungsfall mutmasslich entgangenen Verdienst

oder der Wert der ihr verunmöglichten Arbeitsleistung.

7. Verschiedene Bestimmungen

7.1 | Abrechnung der Schadenfälle

Soweit der Versicherer auf vertraglicher oder freiwilliger Basis gegenüber Rechnungsstellern Kostengutsprachen oder Garantien abgegeben hat, rechnet er – vorbehalten anderslautender Regelungen in den Tarifverträgen – direkt mit dem Mitglied ab.

7.2 | Schadenminderungspflichten

1. Der Versicherte hat die ärztlichen Anordnungen (z.B. Bettruhe, Medikamenteneinnahme, Therapien etc.) gewissenhaft zu befolgen und alles zu unterlassen, was die Genesung gefährdet oder verzögert.
2. Der Versicherte darf den Arzt nicht zu unnötigen oder unwirtschaftlichen Behandlungen oder Abklärungen veranlassen (z.B. unnötige Hausbesuche, stationäre statt ambulante Behandlung, unnötige Arztwechsel mit Doppelabklärungen).

7.3 | Abtretung und Verrechnung

Ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers sind die Versicherten nicht berechtigt, Leistungsansprüche abzutreten, zu verpfänden oder zu verrechnen.

7.4 | Verfügung

1. Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid des Versicherers betreffend der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder der freiwilligen Taggeldversicherung nicht einverstanden, so kann sie verlangen, dass diese innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche Verfügung erlässt.
2. Der Versicherer muss die Verfügung begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen; aus der mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf den Betroffenen kein Nachteil erwachsen.

7.5 | Akteneinsicht

Die Akten stehen den Beteiligten zur Einsicht offen. Schützenswerte private Interessen der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie überwiegende öffentliche Interessen sind zu wahren.

7.6 | Einsprache

Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung beim Versicherer Einsprache erhoben werden.

7.7 | Verwaltungsgerichtsbeschwerde

1. Gegen Einspracheentscheide kann Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung des Einspracheentscheides bei dem vom Kanton bezeichneten Versicherungsgericht einzureichen, das für die Entscheidung von Streitigkeiten der Versicherer unter sich oder mit Versicherten oder mit Dritten zuständig ist.
2. Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn der Versicherer entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

7.8 | Schlussbestimmungen

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bilden lediglich eine unverbindliche Orientierungshilfe für die obligatorische Krankenpflegeversicherung. Sie haben nicht den Stellenwert einer verpflichtenden Leistungszusage. Massgeblich ist einzig und allein das KVG. Sie treten am 01.01.2022 in Kraft.

Geschäftsstellen

sodalis
gesundheitsgruppe

brig
furkastrasse 18
3900 brig-glis
t 027 924 66 10
f 027 924 66 14
brig@sodalis.ch

goms
furkastrasse 65
3994 lax
t 027 971 13 22
f 027 971 41 22
goms@sodalis.ch

lötschental
dorfstrasse 70
3918 wiler
t 027 939 18 55
f 027 939 18 52
loetschen@sodalis.ch

naters
furkastrasse 18
3904 naters
t 027 527 15 20
f 027 948 14 04
naters@sodalis.ch

saastal
obere dorfstrasse 39
3906 saas-fee
t 027 527 15 50
f 027 527 15 51
saastal@sodalis.ch

schattenberge
dorfstrasse 11
3944 unterbäch
t 027 934 53 03
f 027 934 53 05
schattenberge@sodalis.ch

simplon
blatt 1
3907 simplon dorf
t 027 527 00 04
simplon@sodalis.ch

stalden
bahnhofstrasse 6
3922 stalden
t 027 952 20 40
f 027 952 20 43
stalden@sodalis.ch

staldenried
eschji 12
3933 staldenried
t 027 952 29 26
f 027 952 29 28
staldenried@sodalis.ch

susten-leuk
sustenstrasse 17
3952 susten
t 027 527 15 80
susten-leuk@sodalis.ch

visp
balfrinstrasse 15
3930 visp
t 027 948 14 00
f 027 948 14 04
info@sodalis.ch

zermatt
am bach 9
3920 zermatt
t 027 966 65 80
f 027 966 65 89
zermatt@sodalis.ch

www.sodalis.ch