

FAVORIT MEDICA

# ZUSATZBEDINGUNGEN (ZB) FÜR VERSICHERUNGEN MIT EINGESCHRÄNKTER WAHL DES LEISTUNGS- ERBRINGERS NACH KVG.

Ausgabe 2020, gültig ab 01.01.2020

# ZUSATZBEDINGUNGEN FAVORIT MEDICA.

Für diese ZB sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenpflege- und Taggeldversicherung nach KVG vollumfänglich anwendbar. Bei allfälligen Widersprüchen gehen die ZB den AVB vor.

## I. ALLGEMEINES

### **ART. 1 ABSCHLUSS DER VERSICHERUNG, ÄNDERUNG DER VERSICHERUNGSVARIANTE UND PRÄMIEN**

1. Personen, die die gesetzlichen Aufnahmebedingungen erfüllen und im entsprechenden Einzugsgebiet der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (besondere Versicherungsform) ihren zivilrechtlichen Wohnsitz oder Arbeitsort haben, sind berechtigt, diese Versicherungsvarianten abzuschliessen. Vorbehalten bleiben gesetzliche Sonderregelungen und die Umteilung wegen vertragswidrigen Verhaltens. Die besonderen Versicherungsformen kommen unter Umständen nicht in allen Regionen zum Einsatz.
2. Ist die ärztliche Behandlung in der gewählten Versicherungsvariante durch den gewählten Leistungserbringer aus Gründen, die bei der versicherten Person liegen, nicht mehr möglich (z.B. bei Übertritt der versicherten Person in ein Pflegeheim, vorübergehender Auslandsaufenthalt), so ist der Versicherer berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf Beginn eines Kalendermonats in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers umzuteilen.
3. Bei einem Wegzug aus dem Einzugsgebiet der gewählten Versicherungsvariante teilt der Versicherer die versicherte Person auf Anfang des Monats, welcher der Wohnsitzverlegung folgt, in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers um. Der Wegzug aus dem Gebiet der gewählten Versicherungsvariante ist dem Versicherer innert Monatsfrist zu melden. Bei Wohnsitzverlegung in das Gebiet einer anderen eingeschränkten Versicherungsvariante haben die versicherten Personen das Recht, ein anderes eingeschränktes Versicherungsmodell in einer neuen gewählten Versicherungsvariante weiterzuführen.
4. Löst der in der ausgewählten Versicherungsvariante ausgewählte Leistungserbringer mit dem Versicherer den Vertrag auf, können die betroffenen versicherten Personen innerhalb einer Frist von 30 Tagen seit schriftlicher Aufforderung des Versicherers nach ihrer freien Wahl einen Leistungserbringer in der ausgewählten Versicherungsvariante wählen oder in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers wechseln. Wird in der vorgegebenen Frist dem Versicherer kein neuer Leistungserbringer gemeldet, so führt dies per Beginn des Folgemonats automatisch zum Wechsel in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers.
5. Bei Auflösung des Vertrags zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer respektive dessen Netzwerk fällt die gewählte Versicherungsvariante per Ende Jahr dahin. Erfolgt keine Mitteilung über einen Wechsel bei besonderen Versicherungsformen gemäss Art. 11 Abs. 2 der AVB, führt dies per 1. Januar des Folgejahrs automatisch zum Wechsel in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers.
6. Versicherte Personen mit besonderen Versicherungsformen erhalten Prämienermässigungen.

## **ART. 2 AUSNAHMEN DER EINGESCHRÄNKTEN LEISTUNGSERBRINGERWAHL**

Für folgende Behandlungen und Untersuchungen gilt für alle besonderen Versicherungsformen die freie Leistungserbringerwahl, vorbehaltlich abweichender Regelungen in den entsprechenden Zusatzbedingungen:

- a. Gynäkologische Untersuchungen und Behandlungen
- b. Kinderarztbesuche bis zum vollendeten 18. Altersjahr
- c. Augenärztliche Untersuchungen beim Spezialarzt für Ophthalmologie
- d. Befristete Auslandsaufenthalte bis zu sechs Monaten
- e. Notfälle

Sollten anschliessend an eine Notfallkonsultation weitere Kontrollkonsultationen oder Folgebehandlungen nötig sein, müssen diese innerhalb der eingeschränkten Leistungserbringerwahl der entsprechenden besonderen Versicherungsform erfolgen.

## **ART. 3 FOLGEN DES VERTRAGSWIDRIGEN VERHALTENS**

1. Liegt ein Verstoß gegen die Verpflichtungen der jeweiligen besonderen Versicherungsform vor, kann der Versicherer die Leistungen auf 50 Prozent des Leistungsbetrags (nach Abzug der gesetzlichen Kostenbeteiligungen) reduzieren.
2. Bei wiederholtem vertragswidrigem Verhalten wird die versicherte Person auf den nächstfolgenden Monatsbeginn nach Mitteilung aus der besonderen Versicherungsform ausgeschlossen und in die ordentliche Krankenpflegeversicherung umgeteilt.
3. Ein erneuter Wechsel in eine besondere Versicherungsform ist frühestens zwölf Monate nach der Umteilerung auf das darauf folgende Kalenderjahr möglich.

## **ART. 4 MASSNAHMEN ZUR INTEGRIERTEN VERSORGUNG UND CARE MANAGEMENT**

Die versicherte Person ist bei Vorliegen einer spezifischen (insbesondere chronischen oder potenziell chronischen) Erkrankung auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, sich speziellen Massnahmen der integrierten Versorgung zu unterziehen. Diese können zum Beispiel Disease- oder Chronic-Care-Management-Programme, Betreuung durch das Care Management des Versicherers oder die Auswahl besonderer Leistungserbringer beinhalten. Die Programme und die durchführenden Leistungserbringer werden vom Versicherer bezeichnet. Die Einwilligung zur

Teilnahme an den Programmen der integrierten Versorgung und des Care Managements wird mit der versicherten Person schriftlich vereinbart.

## **II. ANWENDUNGSBEREICH**

### **ART. 5 ZWECK**

1. Die Krankenpflegeversicherung FAVORIT MEDICA ist eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers.
2. Die in FAVORIT MEDICA versicherten Personen erklären sich bereit, alle Behandlungen und Untersuchungen durch Leistungserbringer (Arzt, Spital etc.) durchführen zu lassen, die in den MEDICA-Verzeichnissen von SWICA aufgeführt sind.
3. Der Versicherer führt eine Liste von Generika und wirtschaftlichen Originalpräparaten. Bezieht die versicherte Person trotzdem ein teureres Präparat, bezahlt der Versicherer 50 Prozent dieser Kosten.
4. Versicherungsträger ist die SWICA Krankenversicherung AG.
5. FAVORIT MEDICA basiert auf dem Prinzip der umfassenden medizinischen Betreuung durch vom Versicherer benannte Leistungserbringer, die in Verzeichnissen aufgeführt sind. Der Versicherer bezahlt aus FAVORIT MEDICA insbesondere die gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Behandlungen und Untersuchungen, sofern diese von einem vom Versicherer für diese Versicherungsform zugelassenen Leistungserbringer durchgeführt wurden.
6. Die versicherte Person wählt bei Behandlungen und Untersuchungen einen Leistungserbringer aus den abschliessenden FAVORIT-MEDICA-Verzeichnissen aus.
7. In Abweichung von Art. 2 besteht für gynäkologische, augen- und kinderärztliche Behandlungen und Untersuchungen keine freie Wahl des Leistungserbringers. Die versicherte Person wählt einen Leistungserbringer aus den MEDICA-Verzeichnissen aus.