

FAVORIT TELMED

ZUSATZBEDINGUNGEN (ZB) FÜR VERSICHERUNGEN MIT EINGESCHRÄNKTER WAHL DES LEISTUNGSERBRINGERS NACH KVG.

Ausgabe 2020, gültig ab 01.01.2020

ZUSATZBEDINGUNGEN FAVORIT TELMED.

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, vorbehältlich 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 TELMED ist eine Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers.
2. Die in FAVORIT TELMED versicherten Personen erklären sich bereit, vor sämtlichen Behandlungen und Untersuchungen mit santé24 ein telefonisches Beratungsgespräch vorzunehmen und die Behandlungen oder Untersuchungen von einem nach KVG zugelassenen Leistungserbringer durchführen zu lassen.
3. Versicherungsträger ist die SWICA Krankenversicherung AG.
4. FAVORIT TELMED basiert auf dem Prinzip der telefonischen Beratung, die der Konsultation eines Leistungserbringers vorangeht. Der Versicherer bezahlt aus FAVORIT TELMED insbesondere die gesetzlichen Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Behandlungen und Untersuchungen, sofern vor einem Arzt- oder Spitalbesuch ein Beratungsgespräch mit santé24 stattgefunden hat und die Behandlungen und Untersuchungen von einem nach KVG zugelassenen Leistungserbringer durchgeführt wurden. Die Fachleute von santé24 erbringen keine diagnostischen oder therapeutischen Leistungen, sondern geben Verhaltenempfehlungen ab. Der Entscheid über die weiteren Schritte liegt bei der versicherten Person.
5. Die versicherte Person wendet sich bei einem neu auftretenden Gesundheitsproblem bzw. bei einem nach Abschluss einer Behandlung oder Untersuchung wieder auftretenden Gesundheitsproblem vor dem erstmaligen Arzt- oder Spitalbesuch immer zuerst an santé24 (Ausnahmen gemäss Art. 2). Telefonische Abklärungen können – stellvertretend für Versicherte und mit deren ausdrücklichem Einverständnis – auch durch Dritte getroffen werden.
6. Sollte anschliessend an eine Notfallbehandlung eine Kontrollkonsultation nötig sein, muss diese vorgängig mit santé24 besprochen werden.
7. Einweisungen in Spitäler und Tageskliniken müssen, ausgenommen in Notfällen, vorgängig mit santé24 besprochen werden.
8. Zusätzlich zu den in Art. 2 genannten Ausnahmen ist bei Kontrollkonsultationen und Folgebehandlungen, die bereits mit santé24 abgesprochen sind, innerhalb von sechs Monaten kein Anruf bei santé24 nötig.
9. Die Pflicht, ein vorgängiges Beratungsgespräch mit santé24 zu führen, gilt in Abweichung zu den allgemeinen Ausnahmen für Kinder ab dem 12. vollendeten Altersjahr auch für Kinderarztbesuche.

10. Mit dem Abschluss des FAVORIT-TELMED-Versicherungsmodells erklärt sich die versicherte Person einverstanden, santé24 Einsicht in die für dieses Versicherungsmodell notwendigen Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren. Diese Versicherungsform erfordert zudem einen Datenaustausch zwischen santé24, dem Versicherer und allfälligen zur Leistungserbringung nötigen Dritten. Dabei handelt es sich um Rechnungsdaten der versicherten Person. Diese werden insbesondere Spezialisten, Spitälern und anderen im Rahmen der medizinischen und organisatorischen Leistungserbringung involvierten Personen und Institutionen zwecks Durchführung des Versicherungsvertrags bekannt gegeben.
11. Die von santé24 erteilte Beratung ist kostenlos. Die versicherte Person bezahlt für den Anruf den üblichen Telefontarif. Die Telefongespräche werden von santé24 aufgezeichnet und archiviert. Im Streitfall können die Aufzeichnungen als Beweismittel geltend gemacht werden. Der Versicherer hat ohne entsprechende Bevollmächtigung durch die versicherte Person keinen Zugriff auf diese Informationen.