

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

Krankenpflegeversicherung

VIVA - Gesundheitsplan (KVG)

Hinweis:

- Der Verzicht auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Schreibweise erfolgt aus Gründen der Lesbarkeit.

1. Grundsätze

1.1 Was ist der VIVA-Gesundheitsplan?

Der Versicherer bietet den VIVA-Gesundheitsplan in definierten Versicherungsgebieten an. Die aktuellen vom Versicherer anerkannten Versicherungsgebiete und deren angeschlossene Hausarztpraxen resp. Gesundheitszentren sind auf der Homepage des Versicherers ersichtlich. Rechtsgrundlagen des VIVA-Gesundheitsplan sind das geltende Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie deren Ausführungsbestimmungen und die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Der VIVA-Gesundheitsplan ist eine Form der gesetzlichen Grundversicherung und wird insbesondere auf der Grundlage der Artikel 41 Absatz 4 und Artikel 62 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) betrieben. Den Versicherer entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungspolice.

1.2 Auf welchem Prinzip basiert der VIVA-Gesundheitsplan?

Der VIVA-Gesundheitsplan basiert auf dem Prinzip der integrierten Versorgung, das sich durch eine ganzheitliche Betreuung, Beratung und medizinische Versorgung der Versicherten auszeichnet. Die gewählte Hausarztpraxis resp. das gewählte Gesundheitszentrum koordiniert sämtliche medizinischen Behandlungen.

Die Versicherten erklären sich mit dem Abschluss des VIVA-Gesundheitsplan einverstanden, dass alle medizinischen Untersuchungen und Behandlungen durch die gewählte Hausarztpraxis resp. das gewählte Gesundheitszentrum durchgeführt werden, bzw. die Überweisung an Spezialärzte und andere Leistungserbringer durch diese/s erfolgt.

1.3 Wie ist die integrierte Versorgung im VIVA-Gesundheitsplan organisiert?

Gesundheitsorganisation

Die Gesundheitsorganisation ist der Zusammenschluss von medizinischen Leistungserbringern, welche die integrierte, koordinierte medizinische Versorgung für die Versicherten (Mitglieder der Gesundheitsorganisation) sicherstellt. Die gewählte Gesundheitsorganisation ist auf der Versicherungspolice ersichtlich.

Hausarztpraxis/Gesundheitszentrum (erste Anlaufstelle)

Die versicherte Person wählt bei Abschluss des Versicherungsvertrages eine Hausarztpraxis resp. ein Gesundheitszentrum, welche/s der entsprechenden Gesundheitsorganisation angeschlossen ist. Die gewählte Hausarztpraxis resp. das gewählte Gesundheitszentrum ist auf der Versicherungspolice ersichtlich. Die medizinische Betreuung wird durch einen Hausarzt aus der gewählten Hausarztpraxis resp. dem gewählten Gesundheits-

zentrum sichergestellt. Die gewählte Hausarztpraxis resp. das gewählte Gesundheitszentrum wird in der Folge als „koordinierender Leistungserbringer“ bezeichnet.

Ausser in Notfällen, für gynäkologische Untersuchungen und Behandlungen sowie bei zahnärztlichen Behandlungen ist für eine ambulante oder stationäre Behandlung immer zuerst der koordinierende Leistungserbringer beizuziehen.

1.4 Welche Leistungen umfasst der VIVA-Gesundheitsplan?

Der VIVA-Gesundheitsplan umfasst die gesetzlichen Pflichtleistungen bei Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen sowie bei Schwanger- und Mutterschaft.

1.5 Was gilt bei einem Notfall?

Notfallmässige Behandlungen sind im Rahmen der gesetzlichen Pflichtleistungen gedeckt, sofern die Behandlung bei einem Arzt oder einem anderen, durch das KVG zugelassenen Leistungserbringer erfolgt. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person aus medizinisch-objektiven Gründen dringend eine Behandlung benötigt und der koordinierende Leistungserbringer aus Distanz- und/oder Zeitgründen nicht rechtzeitig erreicht werden kann.

1.6 Können Sie die Unfalldeckung sistieren?

Die Unfalldeckung kann sistiert werden, sofern eine volle Deckung für Unfälle nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) besteht. Die Sistierung ist beim Versicherer schriftlich zu beantragen. Die Versicherten haben dem Versicherer sämtliche Änderungen in der Unfallversicherungsdeckung innert Monatsfrist zu melden.

1.7 Können Sie eine frei wählbare Jahresfranchise abschliessen?

Im VIVA-Gesundheitsplan ist der Abschluss einer frei wählbaren Jahresfranchise möglich.

Die wählbaren Jahresfranchisen richten sich nach den Bestimmungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

1.8 Wie informiert der Versicherer? Welche Meldepflichten haben Sie?

1. Publikationsorgan

Änderungen der Versicherungsbedingungen sowie Bekanntmachungen allgemeiner Natur erfolgen in verbindlicher Form im offiziellen Publikationsorgan der Visana-Gruppe. Das Publikationsorgan wird pro Haushalt einmal verschickt.

2. Versicherungspolice

Alle versicherten Personen erhalten eine individuelle Bestätigung ihres Versicherungsschutzes in Form einer Versicherungspolice.

3. Meldepflichten der Versicherten

Die Versicherten sind verpflichtet, sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffenden Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (z.B. Wohnsitz- oder Hausarztwechsel)

innert Monatsfrist der auf der Versicherungspolice genannten Organisationseinheit des Versicherers zu melden.

4. Verletzung von Meldepflichten
Nachteile, welche sich aus der Verletzung von Meldepflichten ergeben, gehen zulasten der Versicherten.

2. Leistungen

2.1 Was ist versichert?

Die Leistungen, welche aus dem VIVA-Gesundheitsplan erbracht werden, richten sich ausschliesslich nach dem KVG.

2.2 Wer erbringt die Leistungen?

Die ambulante Behandlung, Betreuung und Beratung im VIVA-Gesundheitsplan wird vom gewählten koordinierenden Leistungserbringer erbracht (Einschränkung der Arztwahl).

2.3 Welche Leistungen werden übernommen?

Der VIVA-Gesundheitsplan übernimmt die Kosten der vom koordinierenden Leistungserbringer verordneten Heilmittel, Analysen und therapeutischen Massnahmen, sofern deren Übernahme im KVG vorgesehen ist. Leistungen von anderen Leistungserbringern werden analog übernommen, sofern entweder eine Notfallsituation vorgelegen hat oder der koordinierende Leistungserbringer die Überweisung an den Leistungserbringer angeordnet hat.

2.4 Können andere Leistungserbringer beigezogen werden

Auf Überweisung des koordinierenden Leistungserbringers können externe Spezialärzte oder andere Leistungserbringer beigezogen werden. Der VIVA-Gesundheitsplan übernimmt die Kosten gemäss dem KVG.

2.5 Welche Leistungen werden bei stationärer Behandlung erbracht?

Bei stationären Behandlungen auf der allgemeinen Abteilung eines Listenspitals übernimmt der Versicherer seinen Anteil zu dem im Wohnsitzkanton der versicherten Person gültigen Tarif eines Listenspitals. Ist aus medizinischen Gründen eine Behandlung in einem nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital erforderlich, übernimmt der Versicherer seinen Anteil zu demjenigen Tarif, der für Personen mit Wohnsitz im Standortkanton der stationären Einrichtung gilt.

2.6 Wann ist das Einverständnis des koordinierenden Leistungserbringers erforderlich?

Einweisungen in Akutspitäler müssen ausser in Notfallsituationen durch den koordinierenden Leistungserbringer oder mit seinem Einverständnis erfolgen.

2.7 Was ist nicht versichert?

Der Bezug von nicht durch einen Notfall gemäss Ziffer 1.5 verursachten ambulanten oder stationären Leistungen ohne Überweisung des koordinierenden Leistungserbringers geht zulasten der betroffenen Versicherten.

2.8 Wann müssen Sie Leistungen zurückerstatten?

Zu Unrecht oder irrtümlich erbrachte Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

2.9 Wann beginnt der Leistungsanspruch?

Der Leistungsanspruch beginnt am Tage des Versicherungsbeginns. Massgebend für den Leistungsanspruch ist das Datum der Behandlung.

2.10 Wo gilt die Versicherung?

Die Leistungen werden grundsätzlich für Behandlungen in der Schweiz erbracht.

2.11 Welche Leistungen werden im Ausland übernommen?

Während eines Aufenthalts in den EU-Mitgliedstaaten, in Island oder Norwegen haben die Versicherten Anspruch auf die medizinisch notwendigen Behandlungen, unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer. Bei einem Aufenthalt im übrigen Ausland besteht nur Anspruch auf Notfallbehandlungen. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben.

Nach erfolgter Behandlung im Ausland ist der Versicherte verpflichtet, den koordinierenden Leistungserbringer umgehend spätestens innerhalb von 30 Tagen zu unterrichten. Der Versicherer übernimmt im Rahmen des Gesetzes die Kosten einer Entbindung im Ausland, wenn sie zum Erwerb der Staatsbürgerschaft im Ausland erfolgt. Die Leistungshöhe richtet sich nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

2.12 Was gilt bei mehrfacher Versicherung oder Leistungen Dritter?

Sind für einen Versicherungsfall auch andere Versicherungen oder Dritte leistungspflichtig, muss die versicherte Person dies dem Versicherer anzeigen. Anzeigepflichtig ist ferner der Bezug von Leistungen und Abfindungen. Leistungsverzichterklärungen sind dem Versicherer vor Unterzeichnung zu melden. Die Versicherten sind verpflichtet, ihre Ansprüche gegenüber anderen Versicherungsträgern oder zahlungspflichtigen Dritten anzumelden.

2.13 Wie ist das Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen?

Das Verhältnis des VIVA-Gesundheitsplans zu den anderen Sozialversicherungen richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.

2.14 Gehen Ansprüche gegenüber Dritten auf den Versicherer über?

Gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften, tritt der Versicherer im Zeitpunkt des Ereignisses bis zur Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person ein.

2.15 Wie erhalten Sie Ihre Vergütung?

Die Versicherten verpflichten sich, dem Versicherer ein schweizerisches Bank- oder Postkonto als Zahlungsadresse zu nennen. Bei Unterlassung der Meldung gehen die Auszahlungskosten zu Lasten der Versicherten.

3. Prämien und Kostenbeteiligung

3.1 Welche Prämien müssen Sie bezahlen?

Die Prämie des VIVA-Gesundheitsplans richtet sich nach dem von der Aufsichtsbehörde genehmigten Prämientarif des Versicherers. Dieser wird nach Altersgruppen berechnet und ist günstiger als jener der ordentlichen Grundversicherung. Personen, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen der Militärversicherung unterstellt sind, sind ab Beginn der Unterstellung von der Prämienzahlung befreit, wenn sie die Unterstellung mindestens acht Wochen vor deren Beginn dem Versicherer melden. Wird diese Frist nicht eingehalten, so erhebt der Versicherer ab Meldung, frühestens aber ab Beginn des Militärdienstes, keine Prämie mehr.

3.2 Welche Altersgruppen bestehen?

Es bestehen folgende Altersgruppen:

- I. Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr
- II. Versicherte vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr
- III. Versicherte ab dem 26. Altersjahr.

Eine Umteilung von der Altersgruppe I in II bzw. von II in III erfolgt am Ende des Kalenderjahres, in welchem das 18. bzw. 25. Altersjahr abgeschlossen worden ist.

3.3 Welche Kostenbeteiligung müssen Sie bezahlen?

Es gelten die in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) enthaltenen Bestimmungen.

Sind mehrere Kinder einer Familie beim gleichen Versicherer versichert, so beträgt deren jährliche Kostenbeteiligung zusammen maximal CHF 950.–.

Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

3.4 Keine Kostenbeteiligung für Präventionsleistungen

Der Versicherer verzichtet auf die Erhebung der Kostenbeteiligung bei Leistungen gemäss Kapitel 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (Massnahmen der Prävention, Art. 12a bis 12e KLV).

3.5 Was geschieht bei Zahlungsverzug?

1. Prämien/Kostenbeteiligungen
Zahlt eine versicherte Person fällige Prämien und Kostenbeteiligungen trotz Zahlungserinnerung nicht, so wird sie vom Versicherer gemahnt und es wird eine Nachfrist von 30 Tagen zur Zahlung eingeräumt. Bezahlt die versicherte Person trotz Mahnung die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinsen nicht, leitet der Versicherer die Betreibung ein. Gleichzeitig benachrichtigt der Versicherer die zuständige kantonale Stelle. Für allfällige Prämienforderungen sind Verzugszinsen von 5 % zu leisten.
2. Mahnungen
Die Mahnungen erfolgen schriftlich.
3. Kosten
Die Kosten des Betreibungsverfahrens und andere Spesen können den säumigen Versicherten auferlegt werden. Bei einer Mahnung oder Betreibung kann eine Umtriebsentschädigung erhoben werden.
4. Wechsel des Versicherers
Solange säumige Versicherte die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungskosten nicht vollständig bezahlt haben, können sie den Versicherer nicht wechseln.

3.6 Welche Leistungen sind nicht versichert?

Leistungen, die über die gesetzliche Grundversicherung hinausgehen, sind nicht versichert. Die Versicherung solcher Leistungen erfolgt über eine freiwillige Zusatzversicherung.

3.7 Gebühren

Die Versicherten haben verschiedene Möglichkeiten, die Bezahlung ihrer Prämien und Kostenbeteiligungen gebührenfrei vorzunehmen. Gebühren, die bei Einzahlung am Postschalter oder an weiteren physischen Zugangspunkten der Post anfallen, kann der Versicherer den Versicherten weiterverrechnen.

4. Beitritt

4.1 Wie sind die Aufnahmebedingungen?

Der Kreis der versicherungspflichtigen Personen richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Die Aufnahme ist nur möglich, wenn keine obligatorische Krankenpflegeversicherung gleichzeitig anderweitig geführt wird.

Der Wechsel von der ordentlichen Krankenpflegeversicherung in den VIVA-Gesundheitsplan steht sämtlichen Versicherten mit Wohnsitz im Versicherungsgebiet des VIVA-Gesundheitsplans

offen und ist jederzeit möglich. Massgebend für die Zugehörigkeit zum Versicherungsgebiet ist der zivilrechtliche Wohnsitz.

5. Austritt

5.1 Welche Kündigungsfristen gelten?

Die ordentliche Kündigung des VIVA-Gesundheitsplans kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist auf Ende des Kalenderjahres erfolgen. Die Kündigung muss dem Versicherer spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist zukommen. Vorbehalten bleiben die ausserordentlichen Kündigungsmöglichkeiten nach Artikel 7 Absatz 2 bis 4 KVG.

Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Versicherung unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

5.2 Was geschieht bei Wohnsitzverlegung?

1. Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet einer VIVA-Gesundheitsorganisation

Bei Verlegung des Wohnsitzes an einen ausserhalb des Tätigkeitsgebietes der VIVA-Gesundheitsorganisation liegenden Ort werden die Versicherten auf Anfang des Monats, welcher der Wohnsitzverlegung folgt, in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers überführt. Der Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet der Gesundheitsorganisation ist dem Versicherer innert Monatsfrist zu melden.

2. Zuzug in das Tätigkeitsgebiet einer VIVA-Gesundheitsorganisation

Bei Wohnsitzverlegung in das Tätigkeitsgebiet einer anderen VIVA-Gesundheitsorganisation des Versicherers haben die Versicherten das Recht, ihren VIVA-Gesundheitsplan in der neuen VIVA-Gesundheitsorganisation weiterzuführen. Der Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet der bisherigen VIVA-Gesundheitsorganisation sowie die Weiterversicherung in der neuen VIVA-Gesundheitsorganisation ist dem Versicherer innert eines Monats seit der Wohnsitzverlegung zu melden.

5.3 Was geschieht, wenn der koordinierende Leistungserbringer das Vertragsverhältnis auflöst?

Wenn der koordinierende Leistungserbringer das Vertragsverhältnis mit der Gesundheitsorganisation auflöst, können die bei diesem Leistungserbringer eingeschriebenen Versicherten innerhalb einer Frist von 30 Tagen seit schriftlicher Aufforderung des Versicherers nach ihrer freien Wahl einen neuen koordinierenden Leistungserbringer wählen oder in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers wechseln. Wird in der vorgegebenen Frist dem Versicherer kein neuer koordinierender Leistungserbringer gemeldet, so führt dies per Beginn des Folgemonats automatisch zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers.

5.4 Was geschieht bei Auflösung des Vertrages zwischen dem Versicherer und der Gesundheitsorganisation?

Bei Auflösung des Vertrages zwischen dem Versicherer und der Gesundheitsorganisation fällt die Krankenpflegeversicherung VIVA-Gesundheitsplan (KVG) dahin. Ohne anderslautende Mitteilung der versicherten Person führt dies automatisch zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers.

5.5 Was geschieht, wenn die Betreuung durch den koordinierenden Leistungserbringer nicht mehr möglich ist?

Ist die ärztliche Behandlung durch den koordinierenden Leistungserbringer aus Gründen, die bei der versicherten Person liegen, nicht mehr möglich (z. B. bei Übertritt der versicherten Person in ein Pflegeheim), so ist der Versicherer berechtigt, die

versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den Beginn eines Kalendermonats in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers überzuführen.

6. Datenschutz

6.1 Wie werden Personendaten bearbeitet?

Personendaten werden hauptsächlich bearbeitet, um die Leistungen der gesetzlichen Krankenpflegeversicherung zu erbringen und die Versicherten im Hinblick auf einen zuverlässigen und bedürfnisgerechten Versicherungsschutz sowie den Prinzipien der integrierten Versorgung betreuen zu können. Auf die Bearbeitung von Personendaten angewiesen ist der Versicherer ausserdem zur Kundengewinnung im KVG-Bereich, zur Erfüllung gesetzlicher und regulatorischer Anforderungen, zur (Weiter-) Entwicklung seiner Produkte- und Dienstleistungen und zur Aufrechterhaltung eines sicheren, effizienten und wirtschaftlichen Betriebes. Die Leistungsabwicklung und das Inkasso umfassen elektronische Datenbearbeitungen, die als automatisierte Einzelentscheide eingestuft werden können. Telefongespräche mit unseren Mitarbeitenden können zur Sicherstellung einer einwandfreien Serviceleistung sowie zu Schulungszwecken aufgezeichnet werden.

Die Personendaten können sowohl physisch wie elektronisch aufbewahrt werden. Die Datenspeicherung erfolgt dabei schwergewichtig in der Schweiz. Der Versicherer trifft die erforderlichen Massnahmen, dass Personendaten nur in Länder übermittelt werden, die einen angemessenen Datenschutz gewährleisten.

Der Versicherer achtet auf Aktualität, Zuverlässigkeit und Vollständigkeit bekannt gegebener Personendaten.

Der Versicherer erhebt und verwendet Personendaten in Übereinstimmung mit den anwendbaren Datenschutzbestimmungen, namentlich dem schweizerischen Datenschutzgesetz, und weiteren gesetzlichen Vorgaben, insbesondere Art. 84, 84a und 84b KVG.

Weiterführende Informationen zur Bearbeitung von Personendaten finden sich in der Datenschutzerklärung des Versicherers im Internet: www.visana.ch/datenschutz.

6.2 Welche Daten werden weitergegeben?

Der Versicherer kann im erforderlichen und gesetzlich verlangten Umfang Daten an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten im In- und Ausland (z.B. beteiligte Versicherer, Vertrauens- und Gesellschaftsärzte und Behörden), insbesondere an Gesellschaften der Visana-Gruppe sowie an Mit-, Vor-, Nach- und Rückversicherer, zur Bearbeitung bekanntgeben. Der Versicherer kann Dritte auch besonders beauftragen, Dienstleistungen zugunsten der Versicherten zu erbringen (z.B. IT-Provider). Der Versicherer verpflichtet solche Dritten vertraglich zur Vertraulichkeit sowie zum weiteren datenschutzkonformen Umgang mit Personendaten. Davon können nicht nur Personendaten wie bspw. Namen, Geburtsdatum, Versichertennummer betroffen sein, sondern auch besonders schützenswerte Personendaten, im speziellen individuelle Gesundheitsdaten. Dabei werden die strengeren gesetzlichen Anforderungen zur Bearbeitung von besonders schützenswerten Personendaten beachtet.

Der Versicherer und die Gesundheitsorganisation übermitteln sich wechselseitig die administrativ notwendigen Daten über eine gesicherte Plattform. Der Versicherer übermittelt der Gesundheitsorganisation regelmässig Listen mit den eingeschriebenen Versicherten pro koordinierenden Leistungserbringer mit den dazugehörigen Versicherungsangaben der einzelnen versicherten Kunden sowie eine Übersicht über die medizinischen Leistungen, welche die bei einem koordinierenden Leistungserbringer der entsprechenden Gesundheitsorganisation eingeschriebenen Versicherten in Anspruch genommen haben. Die Gesundheitsorganisation übermittelt Visana regelmässig eine Übersicht der medizinischen Leistungen, welche nicht

durch den entsprechenden koordinierenden Leistungserbringer durchgeführt oder angeordnet wurden. Zudem übermittelt die Gesundheitsorganisation Visana regelmässig eine Übersicht der Versicherten, welche den Pflichten gemäss Ziff. 7.10 und 7.11 nicht nachgekommen sind.

7. Pflichten der Versicherten

7.1 Wie wählen Sie Ihren koordinierenden Leistungserbringer?

Die Versicherten wählen aus der Liste der VIVA-Gesundheitsplan-Ärzte ihren koordinierenden Leistungserbringer. Dieser kann innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf den Anfang eines Monats gewechselt werden.

Die Versicherten sind verpflichtet, diesen Wechsel dem bisherigen koordinierenden Leistungserbringer sowie dem Versicherer zu melden. Sie ermächtigen den bisherigen koordinierenden Leistungserbringer unter Entbindung vom Patientengeheimnis zur Weitergabe der Behandlungsinformationen und -unterlagen an den neuen koordinierenden Leistungserbringer.

7.2 Konsultationspflicht und Einhaltung von Anweisungen

Die versicherten Personen oder an ihrer Stelle eine Drittperson sind verpflichtet, den Anordnungen von Ärzten oder anderen Leistungserbringern Folge zu leisten und auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu achten. Sie haben vor jeder Vereinbarung eines Termins für eine medizinische Behandlung mit dem koordinierenden Leistungserbringer Rücksprache zu nehmen. Der koordinierende Leistungserbringer legt in Absprache mit der versicherten Person die geeignete Behandlung fest. Die Anweisungen sind für die versicherte Person verbindlich. Der koordinierende Leistungserbringer legt Zeitrahmen und Leistungserbringer einer allfälligen Weiterbehandlung fest. Reicht der Zeitrahmen nicht aus oder erfolgt eine Änderung im Behandlungsplan, muss die versicherte Person vor einem erneuten Leistungsbezug die Einwilligung des koordinierenden Leistungserbringers einholen. Eine Verletzung dieser Pflichten führt zu Sanktionen gemäss Art. 8 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.

7.3 Wie ist das Vorgehen bei Notfällen?

In einer Notfallsituation nehmen die Versicherten mit ihrem koordinierenden Leistungserbringer Kontakt auf.

Wenn dieser nicht erreichbar ist, gelangen sie an dessen Stellvertreter oder an die zuständige Notfallorganisation am Wohnort bzw. am Aufenthaltsort. Im Falle einer notfallmässigen Spitalweisung oder einer Behandlung durch einen Notfall-Arzt sind die Versicherten verpflichtet, ihren koordinierenden Leistungserbringer zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu orientieren und diesem einen Bericht des Notfallarztes zu übergeben.

7.4 Wie ist das Vorgehen bei stationären Behandlungen?

Die Versicherten sind verpflichtet, vor Einweisungen in Akutspitäler das Einverständnis des koordinierenden Leistungserbringers einzuholen (ausgenommen Notfall).

7.5 Welche Pflichten bestehen bei Zuweisungen zu Spezialärzten?

Falls Versicherte von ihrem koordinierenden Leistungserbringer an einen Spezialarzt überwiesen werden und dieser eine Behandlung bzw. Abklärung durch einen weiteren Arzt oder eine stationäre Einrichtung empfiehlt, so sind die Versicherten verpflichtet, ihren koordinierenden Leistungserbringer darüber zu informieren und dessen Einverständnis einzuholen.

7.6 Wie gehen Sie bei gynäkologischen Behandlungen vor?

Gynäkologische Untersuchungen und Behandlungen können nach freier Wahl erfolgen. Nach erfolgter Untersuchung resp. Behandlung ist der Versicherte verpflichtet, den koordinierenden Leistungserbringer umgehend spätestens innerhalb von 30 Tagen zu unterrichten.

7.7 Benötigen Sie eine Bewilligung für Badekuren?

Die gesetzlichen Pflichtleistungen für Badekuren werden nur ausgerichtet, wenn die Verordnung durch den koordinierenden Leistungserbringer erfolgt oder bewilligt ist.

7.8 Welches Einsichtsrecht hat Ihr koordinierender Leistungserbringer?

Die Versicherten geben ihr Einverständnis, dass ihr koordinierender Leistungserbringer sowie die Gesundheitsorganisation Einsicht in die erforderlichen Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung nehmen können.

7.9 Pflicht zum Bezug von Generika und Biosimilars

Die versicherte Person verpflichtet sich, ein kostengünstiges Arzneimittel (Generika / Biosimilars oder ein vergleichsweise kostengünstiges Originalpräparat) aus der ärztlich verordneten Wirkstoffgruppe zu verlangen. Originalpräparate werden durch Generika / Biosimilars ersetzt, sofern letztere kostengünstiger sind und die versicherte Person aus medizinischen Gründen nicht auf das Originalpräparat angewiesen ist.

Generika

Als Basis gilt die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführte Liste «Neue Generikaliste mit differenziertem Selbstbehalt bei Originalen und Generika». Die geltende Liste kann auf der Webseite des BAG oder Versicherers abgerufen werden. Wählt die versicherte Person ein auf der Generikaliste des BAG geführtes Arzneimittel mit erhöhtem Selbstbehalt, für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, werden die Kosten des Originalmedikamentes nicht übernommen.

Biosimilars

Biosimilars sind zugelassene Nachahmerprodukte der originalen Biologika. Wählt die versicherte Person ein Originalmedikament oder ein Biosimilar mit erhöhtem Selbstbehalt, für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, werden die Kosten des Originalmedikamentes respektive Biosimilars mit erhöhtem Selbstbehalt nicht übernommen. Die zugelassenen Biosimilars mit Handelsname, Wirkstoff und Hinweis auf das Originalpräparat sind beim koordinierenden Leistungserbringer nachzufragen. Ausgenommen von dieser Regelung sind Fälle, bei denen die versicherte Person aus medizinischen Gründen auf das Originalpräparat oder das Biosimilar mit erhöhtem Selbstbehalt angewiesen ist. Ein entsprechender Nachweis des Leistungserbringers muss bei der Leistungsabrechnung vorliegen.

7.10 Offenlegung der Krankengeschichte und des Gesundheitszustands

Die versicherte Person verpflichtet sich beim Eintritt in den VIVA-Gesundheitsplan, vorhandene medizinische Unterlagen mit dem gewählten koordinierenden Leistungserbringer zu teilen sowie diesem umfassend und wahrheitsgetreu Auskunft über den Gesundheitszustand zu erteilen.

7.11 Disease- und Chronic-Care-Management-Programme

Die versicherte Person ist auf Anordnung des gewählten koordinierenden Leistungserbringers verpflichtet, sich Disease- oder Chronic-Care-Management-Programmen zu unterziehen. Die Programme und die durchführenden Leistungserbringer wer-

den vom gewählten koordinierenden Leistungserbringer festgelegt.

8. Sanktionen bei Verletzung der Pflichten des VIVA-Gesundheitsplans

8.1 Was geschieht, wenn Versicherte Ihren Pflichten nicht nachkommen?

Versicherte, welche sich nicht an die Pflichten gemäss Ziff. 7.2 bis 7.7 sowie Ziff. 7.9 dieser AVB halten, können vom Versicherer nach vorgängiger schriftlicher Mahnung wie folgt sanktioniert werden:

- Nach zweiter Pflichtverletzung: Kürzung der gesetzlichen Leistungen um 50%.
- Nach dritter Pflichtverletzung: Verweigerung der Leistungsübernahme. Bereits bezahlte Rechnungen werden vom Versicherer zurückgefordert.
- Nach vierter Pflichtverletzung: Ausschluss aus dem VIVA-Gesundheitsplan bei wiederholt regelwidrigem Verhalten. Der Ausschluss führt zum Übertritt in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers und wird per Folgemonat der sanktionierten Pflichtverletzung vorgenommen. Eine Wiederaufnahme in ein alternatives Versicherungsmodell beim Versicherer ist nach erfolgtem Ausschluss frühestens auf das nächste Kalenderjahr wieder möglich.

8.2 Was geschieht, wenn Versicherte den Anordnungen des koordinierenden Leistungserbringers nicht nachkommen?

Kommt der Versicherte der Anordnung gem. Ziff. 7.10 oder 7.11 nicht nach, dann erfolgt nach einer Bedenkzeit von 30 Tagen der Ausschluss aus dem Viva-Gesundheitsplan und eine Umteilung in die ordentliche Krankenpflegeversicherung.

9. Ergänzende Bestimmungen

9.1 Rechtliche Möglichkeiten für versicherte Personen

Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden, kann sie innert angemessener Frist verlangen, dass der Versicherer eine schriftliche Verfügung mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung erlässt. Gegen eine Verfügung kann innerhalb von 30 Tagen beim Versicherer Einsprache erhoben werden. Der Versicherer prüft diese Einsprache und erlässt einen schriftlichen, begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung. Gegen den Einspracheentscheid vom Versicherer kann innerhalb von 30 Tagen beim kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist das Versicherungsgericht im Wohnkanton der versicherten Person bzw. des Beschwerde führenden Dritten. 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 in 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 (Art. 58 Abs. 2 ATSG). Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn der Versicherer entgegen einem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt. Gegen den Entscheid eines kantonalen Versicherungsgerichts kann nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes (BGG) Beschwerde beim Bundesgericht erhoben werden.

9.2 Wer haftet bei Fehlbehandlung?

Für die fachliche Richtigkeit von medizinischen Behandlungen haftet weder der Versicherer noch die Gesundheitsorganisation, sondern der Leistungserbringer selber.

10. Erlass und Inkrafttreten

10.1 Wann treten die AVB in Kraft?

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 1.1.2024 in Kraft. Sie können vom Versicherer jederzeit geändert werden.