

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB) Krankenpflegeversicherung casa-nova (KVG)

Hinweis:

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

Einleitung

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bestehen aus zwei Teilen:

- Teil I – Allgemeiner Teil
- Teil II – Ergänzende Bestimmungen zum Hausarztmodell casa-nova

Teil I – Allgemeiner Teil

A Allgemeine Bestimmungen

1. Grundsätzliches

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sind nicht abschliessend und ergänzen die gesetzlichen Bestimmungen.

2. Rechtsgrundlagen

Für die Durchführung dieser Versicherung sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG), des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) und dessen Ausführungsbestimmungen massgebend. In Anwendung und Ergänzung der gesetzlichen Bestimmungen kommen die vorliegenden AVB zur Anwendung.

3. Wählbare Franchise

vivacare bietet die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit wählbarer Jahresfranchise an. Die wählbaren Jahresfranchisen richten sich nach den Bestimmungen der Verordnung über die Krankenversicherung (Artikel 93 und 94 KVV).

B Versicherungsverhältnis

1. Versicherungsmöglichkeit

vivacare versichert natürliche Personen mit Wohnsitz in der Schweiz.

2. Aufnahmebedingungen

Die Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist durch schriftliche Unterzeichnung der Antragsformulare möglich. Bei handlungsunfähigen Personen ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

3. Beginn der Versicherung

1. Die Versicherung beginnt ab dem vereinbarten Datum. vivacare bestätigt das Aufnahmedatum schriftlich.
2. Als Bestätigung des Versicherungsschutzes erhalten die Versicherten nach erfolgter Aufnahme eine Versicherungspolice.
3. Bei Beitritt innerhalb von drei Monaten seit Geburt oder seit Wohnsitznahme in der Schweiz beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme.
4. Bei verspäteter Anmeldung beginnt die Versicherung ab Zeitpunkt des Beitritts. Bei nicht entschuldbarer Verspätung hat die versicherte Person gemäss den gesetzlichen Bestimmungen einen Prämienzuschlag zu entrichten.

4. Anpassung der Versicherung

1. Die Franchise kann jeweils per 1. Januar angepasst werden. Beim Wechsel zu einer tieferen Franchise sind die Kündigungsvorschriften gemäss B6 zu beachten.
2. Ist der Versicherte für Berufs- und Nichtberufsunfälle obligatorisch versichert, kann er gegen eine Prämienermässigung die Sistierung der Unfalldeckung verlangen. Die Prämie wird auf Beginn des dem Antrag folgenden Monats reduziert. Die Aufhebung der Sistierung erfolgt unmittelbar auf das Ende der Unfallversicherung nach UVG. Der Wegfall der Unfallversicherung ist vivacare innert 30 Tagen zu melden.

5. Ende der Versicherung

Die Versicherung endet durch:

- a) Kündigung
- b) bei Tod
- c) bei Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet von vivacare
- d) Wegfall der Versicherungspflicht

6. Kündigung

1. Die Versicherten können unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Jahres oder, sofern keine wählbare Franchise oder ein Produkt mit einge-

schränkter Wahl des Leistungserbringers vereinbart wurde, per 30. Juni kündigen.

2. Die neuen Prämien werden mindestens zwei Monate vor Inkrafttreten mitgeteilt. Bei der Mitteilung der neuen Prämie können die Versicherten unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende desjenigen Monats kündigen, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.
3. Die Versicherung endet gegenüber vivacare erst, wenn der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist.
4. Gemäss Artikel 64a Absatz 6 KVG können die Versicherten den Versicherer nicht wechseln, solange die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betriebskosten nicht vollständig bezahlt sind.

7. Wohnsitzverlegung

Änderungen der Adresse und Verlegung des Wohnsitzes sind vivacare innert 30 Tagen zu melden. Als Wohnortwechsel gilt die Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes.

C Leistungen

1. Grundsatz

Für Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen und Mutterschaft werden die gesetzlichen Leistungen vergütet.

2. Krankheit

Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen oder der geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

3. Unfall und Geburtsgebrechen

Soweit nicht Unfall-, Invalidenversicherung oder Dritte dafür aufkommen, werden bei Unfall oder bei Geburtsgebrechen die gleichen Leistungen wie bei Krankheit ausgerichtet. Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

4. Leistungsvoraussetzung

vivacare übernimmt Kosten für Leistungen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Die Leistungen sind wirtschaftlich, wenn sie sich auf das Mass beschränken, das im Interesse der versicherten Person liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.

5. Leistungsbegründung

Beanspruchen die Versicherten Leistungen von vivacare, haben sie ihr die detaillierten Rechnungen und Rezepte mit den erforderlichen Angaben (Versichertennummer) einzureichen. Besteht ein Leistungsanspruch, vergütet vivacare den Versicherten den Kostenanteil von vivacare.

6. Leistungserbringer

Anerkannte Leistungserbringer sind insbesondere folgende Personen und Institutionen:

- Ärzte,
- Apotheker,
- Chiropraktiker,
- Hebammen,
- Laboratorien,
- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder der Behandlung dienen.

Auf ärztliche Anordnung:

- Physiotherapeuten,
- Ergotherapeuten,
- Pflegefachkräfte,
- Logopäden.

7. Leistungen im Ausland

1. Leistungen bei Behandlungen im Ausland werden gemäss den gesetzlichen Bestimmungen insbesondere bei Notfällen erbracht. Die Behandlungskosten müssen detailliert ausgewiesen werden.
2. Rechnungen und Unterlagen aus dem Ausland sind in deutscher, französischer, italienischer oder englischer Sprache einzureichen. Zu Rechnungen und Unterlagen in anderen Sprachen ist eine Übersetzung beizulegen.

8. Verhältnis zu Leistungen von Dritten

vivacare gewährt keine Leistungen, die zu Lasten anderer Sozialversicherungen (MV, UV, IV, AHV etc.) gehen. Die Versicherten haben den Leistungsanspruch bei der entsprechenden Sozialversicherung anzumelden. Im Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen erbringt vivacare Vorleistungen gemäss den gesetzlichen Bestimmungen.

9. Zahlungspflicht

Die Versicherten sind gegenüber den Leistungserbringern grundsätzlich Honorarschuldner. Vorbehalten bleiben anders lautende Verträge von vivacare mit Dritten.

10. Abtretung und Verpfändung von Leistungen

Die Versicherten dürfen Forderungen gegenüber vivacare ohne deren Zustimmung weder abtreten noch verpfänden. Vorbehalten bleibt die Abtretung der Forderungen an Leistungserbringer.

D Prämien

1. Prämienfestsetzung

1. Die Prämien richten sich nach den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Tarifen. Die Prämien sind nach Alter und Regionen abgestuft.
2. Hat ein Wohnsitzwechsel eine Prämienanpassung zur Folge, wird die Prämie auf den Zeitpunkt des Wohnsitzwechsels angepasst.

2. Prämienzahlung

1. Die Prämien sind im Voraus zu bezahlen. Sie können auf besondere Vereinbarung zweimonatlich, halbjährlich oder jährlich bezahlt werden.
2. Prämien können mittels Belastungsverfahren wie LSV/DD Verfahren bezahlt werden. Bei einer durch die Versicherten verursachten Rücklastschrift kann ihnen pro Rücklastschrift eine Gebühr belastet werden.
3. Für Ratenzahlungsvereinbarungen bei Zahlungsrückständen kann eine Gebühr erhoben werden.
4. Die Prämien sind jeweils für den ganzen Monat geschuldet, unabhängig von dem Ein-, respektive Austritt des Versicherten.

3. Kostenbeteiligung

1. Die Versicherten haben sich gemäss den bundesrechtlichen Vorschriften an den Kosten für die erbrachten Leistungen mit einer Jahresfranchise, prozentualem Selbstbehalt und Spitalkostenbeitrag zu beteiligen.
2. Auf Leistungen bei Mutterschaft wird keine Kostenbeteiligung erhoben.
3. Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

4. Auszahlungen

vivacare überweist ihre Leistungen auf ein Post- oder Bankkonto. Wünschen die Versicherten eine Auszahlung mittels Auszahlungsschein (ASR), werden ihnen die entsprechenden Gebühren vollumfänglich in Rechnung gestellt.

5. Sistierung

1. Die versicherte Person, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen der Militärversicherung unterstellt ist, ist von der Prämienzahlung befreit. Die Unterstellung ist mindestens acht Wochen vor deren Beginn vivacare zu melden. Hält sie diese Frist nicht ein, so erhebt vivacare ab dem nächsten ihr möglichen Termin, spätestens aber acht Wochen nach der Meldung keine Prämie mehr.
2. Ist der Versicherte für Berufs- und Nichtberufsunfälle obligatorisch versichert, kann er gegen eine Prämienermässigung die Sistierung der Unfalldeckung verlangen. Die Prämie wird auf Beginn des dem Antrag folgenden Monats reduziert. Die Aufhebung der Sistierung erfolgt unmittelbar auf das Ende der Unfallversicherung nach UVG. Der Wegfall der Unfallversicherung ist vivacare innert 30 Tagen zu melden.

6. Zahlungsverzug

1. Bezahlen die Versicherten fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so stellt vivacare, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zu, räumt ihnen eine Nachfrist von 30 Tagen ein und weist sie auf die Folgen des Zahlungsverzugs hin.
2. Bezahlen die Versicherten trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht in-

nerter der gesetzten Frist, so muss vivacare die Betreuung anheben.

7. Bearbeitungsgebühren, Betreuungskosten und Verzugszinse

Für fällige Prämienforderungen sind die gesetzlichen Verzugszinsen zu zahlen. Für weitere Auslagen von Mahnungen und Betreibungen verrechnet vivacare angemessene Bearbeitungsgebühren.

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.

E Rechtspflege

1. Verfügung

Ist der Versicherte oder eine antragstellende Person mit einem Entscheid nicht einverstanden, erlässt vivacare auf Verlangen innert 30 Tagen eine schriftliche, begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung.

2. Einsprache

Gegen die Verfügung kann bei vivacare innert 30 Tagen seit Zustellung Einsprache erhoben werden. Die Einsprache ist doppelt und mit den nötigen Beweisdokumenten versehen, einzureichen. vivacare prüft die Einsprache und erlässt einen schriftlichen, begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.

3. Kantonales Versicherungsgericht

1. Gegen Einspracheentscheide von vivacare kann innert 30 Tagen beim kantonalen Versicherungsgericht am Wohnsitz des Versicherten Beschwerde geführt werden.
2. Das Versicherungsgericht kann auch angerufen werden, wenn vivacare innert Frist keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

F Schlussbestimmungen

1. Datenschutz

Die Mitarbeiter von vivacare unterstehen der Schweigepflicht gemäss Art. 33 ATSG.

Personendaten werden hauptsächlich bearbeitet, um die Leistungen der gesetzlichen Krankenpflegeversicherung zu erbringen und die Versicherten im Hinblick auf einen zuverlässigen und bedürfnisgerechten Versicherungsschutz betreuen zu können. Auf die Bearbeitung von Personendaten angewiesen ist vivacare ausserdem zur Kundengewinnung im KVG-Bereich, zur Erfüllung gesetzlicher und regulatorischer Anforderungen, zur (Weiter-) Entwicklung ihrer 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.

vivacare kann im erforderlichen und gesetzlich verlangten Umfang Daten den 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. vivacare kann

Dritte auch besonders beauftragen, Dienstleistungen zugunsten der Versicherten zu erbringen (z.B. IT-Provider). Die vivacare 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.

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

vivacare achtet auf Aktualität, Zuverlässigkeit und Vollständigkeit bekannt gegebener Personendaten.

vivacare erhebt und verwendet Personendaten in Übereinstimmung mit den anwendbaren Datenschutzbestimmungen, namentlich dem schweizerischen Datenschutzgesetz, und weite-

ren gesetzlichen Vorgaben, insbesondere Art. 84, 84a und 84b KVG.

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

2. Anpassung der Versicherungsbedingungen

Änderungen der Versicherungsbedingungen und anderer verbindlicher Informationen werden den Versicherten durch schriftliche Mitteilung oder durch Publikation in den Kundenzeitschriften bekannt gegeben.

3. Mitteilungen

1. Alle Mitteilungen sind an die vivacare zu richten.
2. Alle Mitteilungen seitens von vivacare erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherten zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz oder an den durch vivacare neuen recherchierten gesetzlichen Wohnsitz.

Teil II – Ergänzende Bestimmungen zum Hausarztmodell casa-nova

Die nachfolgenden Bestimmungen finden für das Produkt casa-nova Anwendung.

G Allgemeine Bestimmungen

1. Ziel und Zweck

1. Ziel der Hausarztversicherung ist die Stärkung einer eigenverantwortlichen, gesunden Lebensweise der Versicherten. Der gewählte Hausarzt ist für die Koordination aller Gesundheitsfragen zuständig. Das alles ist nur möglich, wenn das Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und dem Hausarzt gefördert wird.
2. Durch die ganzheitliche Betreuung und Beratung des Hausarztes werden gleichzeitig die Qualität der Leistungen gesteigert und spürbare Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen erzielt.

2. Rechtsgrundlagen

1. Im Rahmen eines Hausarztmodells besteht nachstehende besondere Versicherungsform im Sinne von Artikel 62 Absatz 1 KVG, in Verbindung mit Artikel 41 Absatz 4 KVG.
2. Im Rahmen dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für einen gezielten Mitteleinsatz im Gesundheitswesen zeichnen sich die Hausarztmodelle insbesondere durch eine eingeschränkte Arztwahl aus.

H Versicherungsverhältnis

1. Versicherungsmöglichkeit

Die Hausarztmodelle stehen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen allen interessierten Personen offen, die Wohnsitz in denjenigen Gebieten haben, in denen vivacare diese Versicherungsform betreibt.

2. Wechsel zu einem Hausarztmodell

Der Beitritt oder Wechsel von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu einem Hausarztmodell ist jederzeit auf den

ersten Tag des dem Antrag (Eingang des Antrages bei vivacare) folgenden Monats möglich.

3. Arztwahl

Die Versicherten schränken sich bei der Wahl des Hausarztes freiwillig ein, indem sie, aus den von vivacare herausgegebenen Listen einen Hausarzt auswählen. Die Versicherten informieren den Hausarzt.

4. Arztwechsel

Die Versicherten können ihren einmal gewählten Hausarzt in begründeten Fällen auf den ersten des folgenden Monats wechseln. Sie teilen dies ihrer Krankenversicherung und ihrem Hausarzt schriftlich mit.

5. Versicherungswechsel

1. Der Wechsel vom Hausarztmodell in einen anderen Versicherungszweig ist – unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat – auf Beginn eines Kalenderjahres möglich. Vorbehalten bleiben Artikel 7 Absatz 3 und 4 KVG.
2. Ein vorzeitiger Austritt aus dem Hausarztmodell ist jederzeit möglich:
 - wenn der Versicherte bei Wohnsitzwechsel in eine Region zieht, in der vivacare das Hausarztssystem nicht betreibt;
 - bei Verzicht von vivacare auf den Betrieb des Hausarztmodells.
3. Bei Ereignissen gemäss Absatz 2 wird der Versicherte von vivacare informiert. vivacare garantiert weder den immer-

währenden Fortbestand des Hausarztzsystems noch ein lückenloses Angebot an Hausärzten in jeder Region.

6. Wohnortwechsel

1. Beim Wegzug aus der Schweiz endet das Versicherungsobligatorium und die Versicherung wird aufgehoben. Der Versicherer ist umgehend darüber zu verständigen.
2. Die Versicherten erklären sich damit einverstanden, auf Anfrage des Versicherers den Nachweis zu erbringen, dass die oben aufgeführten Behandlungen, Operationen und Aufenthalte von ihrem Hausarzt veranlasst wurden.

I Grundzüge und Leistungsumfang

1. Grundsatz

Für die ambulante, stationäre und teilstationäre Behandlung sowie die Verordnung zum Bezug von Medikamenten und Hilfsmitteln ist, sofern die AVB nichts anderes vorsehen, immer zuerst der Hausarzt beizuziehen. Er überweist die Versicherten bei Bedarf an Spezialisten oder medizinische Hilfspersonen oder veranlasst stationäre Leistungen. Für jede Weiterweisung ist das Einverständnis des Hausarztes einzuholen.

Spezialfälle

1. Notfallbehandlungen durch einen Notfallarzt sind im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert. Vorbehalten bleibt die Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit durch den Hausarzt oder den Vertrauensarzt.
2. Für frauenärztliche Untersuchungen und Behandlungen sowie die geburtshilfliche Betreuung bei Spezialärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe gewährt vivacare den Versicherten freie Wahl. Vor frauenärztlichen Operationen ist mit dem Hausarzt Rücksprache zu nehmen und dessen Einverständnis einzuholen. Je nach Wahl des Hausarztes und dessen spezifischen Fachkenntnissen kann vivacare den freien Zugang für frauenärztliche Untersuchungen und Behandlungen einschränken. Entsprechende Einschränkungen sind in einem Anhang zu den AVB für die Hausarztmodelle aufzuführen. Der Anhang sowie dessen Änderungen sind mindestens drei Monate vor Inkrafttreten im Publikationsorgan von vivacare zu veröffentlichen.
3. Für augenärztliche Untersuchungen und Behandlungen gewährt vivacare bei Spezialärzten für Augenkrankheiten freie Wahl. Vor augenärztlichen Operationen ist mit dem Hausarzt Rücksprache zu nehmen und dessen Einverständnis einzuholen. Je nach Wahl des Hausarztes und dessen spezifischen Fachkenntnissen kann vivacare den freien Zugang für augenärztliche Untersuchungen und Behandlungen einschränken. Entsprechende Einschränkungen sind in einem Anhang zu den AVB für die Hausarztmodelle aufzuführen. Der Anhang sowie dessen Änderungen sind mindestens drei Monate vor Inkrafttreten im Publikationsorgan von vivacare zu veröffentlichen.

2. Leistungsangebot

Unter Vorbehalt der eingeschränkten Arztwahl garantieren die Hausarztmodelle im übrigen sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG.

J Prämien

1. Prämienrabatt

Den Versicherten im Hausarztzsystem wird ein Rabatt auf der Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG gewährt. Dieser richtet sich nach dem Prämientarif von vivacare.

2. Kostenbeteiligung

Franchise, Selbstbehalt und der Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital werden nach den bundesrechtlichen Vorschriften erhoben.

K Mitwirkungspflichten

1. Informationen zur Mitgliedschaft im Hausarztzsystem

1. Die Versicherten stellen bei jedem Hausarztbesuch sicher, dass der Hausarzt von ihrem Versicherungsbranche Kenntnis hat, und in Notfällen geben sie sich als Versicherte im Hausarztzsystem zu erkennen.
2. Ist der gewählte Hausarzt abwesend und müssen die Versicherten dessen Stellvertreter aufsuchen, ist analog den Notfällen eine Überweisung notwendig.

2. Notfallbehandlungen

Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitaleinweisung oder eine ambulante Behandlung beim Notfallarzt erforderlich, sind die Versicherten verpflichtet, ihrem Hausarzt zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen Bericht des Notfallarztes zukommen zu lassen.

3. Überweisung durch den Hausarzt

Die Versicherten in einem Hausarztmodell erklären sich damit einverstanden, sich bei Bedarf an einen Spezialarzt, eine medizinische Hilfsperson oder ein Spital überweisen zu lassen. Eine Überweisung durch den Hausarzt ist unter anderem in folgenden Fällen nötig:

- Untersuchungs- und Behandlungsaufträge an Spezialärzte, medizinische Hilfspersonen oder veranlasste ambulante oder stationäre Behandlungen;
- empfohlene Operationen durch Spezialärzte;
- Aufenthalte in Spitälern und Tageskliniken;
- Badeskuren sowie Rehabilitationsaufenthalte und -massnahmen;
- frauenärztliche und augenärztliche Operationen.

4. Operationen

Empfiehlt ein Spezialarzt einen operativen Eingriff, so sind die Versicherten verpflichtet, vor dieser Behandlung das Einverständnis ihres Hausarztes einzuholen.

5. Aufenthalte in Spitälern und Tageskliniken

Mit Ausnahme der Notfälle sind die Einweisungen in Spitaler und Tageskliniken nur mit dem Einverständnis des Hausarztes zulässig.

6. Badeskuren und Rehabilitationsaufenthalte und -massnahmen

Die Versicherten sind verpflichtet, mindestens 14 Tage vor Antritt einer Badeskur oder eines Rehabilitationsaufenthaltes (-

massnahme) ihren Hausarzt zu konsultieren, falls sie Anspruch auf Versicherungsleistungen geltend machen wollen. Nur der Hausarzt ist befugt, mittels Überweisung eine Einweisung zur Kur oder Rehabilitation zu veranlassen.

7. Frauenärztliche und augenärztliche Operationen

Vor frauenärztlichen und augenärztlichen Operationen ist mit dem Hausarzt Rücksprache zu nehmen und dessen Einverständnis einzuholen.

8. Meldepflicht bei Arztwechsel

Bei einem Wechsel des Hausarztes gemäss Artikel H4 sind die Versicherten verpflichtet, sich bei ihrem bisherigen Hausarzt mindestens 14 Tage vor Arztwechsel abzumelden und dies vivacare mitzuteilen.

9. Leistungen ausserhalb des Hausarztsystems

Die Versicherten erklären sich einverstanden, dass ihr Hausarzt durch vivacare über die durch Dritte entstandenen Kosten informiert ist. Dabei halten vivacare und der Hausarzt die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des KVG, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und des Datenschutzgesetzes (DSG) ein.

10. Weiterleitung Patientendossier bei Hausarztwechsel

Mit der Unterzeichnung des Versicherungsantrages erklären sich die Versicherten einverstanden, dass bei einem Hausarztwechsel zur Vermeidung unnötiger Abklärungen ein vollständiges Patientendossier direkt vom bisherigen Hausarzt an den von den Versicherten bezeichneten neuen Hausarzt weitergeleitet wird.

L Sanktionen bei Verletzung der Pflichten von casa-nova

Versicherte, welche sich nicht an die Pflichten gemäss Kapitel K Art. 1 bis 7 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 der Versicherung casa-nova 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.

M Schlussbestimmungen

1. Verhältnis zum Krankenversicherungsrecht

Hausarztmodelle bilden einen eigenen Versicherungszweig. Vorbehalten bleibt in jedem Fall die gesetzliche Regelung.

2. Wann treten die AVB in Kraft?

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 1.1.2024 in Kraft.

Sie können vom Versicherer jederzeit geändert werden.