

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

Krankenpflegeversicherung

Med Direct (KVG)

Hinweise:

- Der Verzicht auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Schreibweise erfolgt aus Gründen der Lesbarkeit.
- Die Originalfassung der vorliegenden Bestimmungen ist die deutsche. Bei Fassungen in anderen Sprachen handelt es sich um Übersetzungen. Bei allfälligen Auslegungsschwierigkeiten ist der deutsche Text massgebend.

Diese Versicherungsbedingungen sind gültig für die folgenden Versicherer:

- Visana AG, Weltpoststrasse 19, 3000 15
- sana24 AG, Weltpoststrasse 19, 3000 15
- vivacare AG, Weltpoststrasse 19, 3000 15
- Galenos AG, Weltpoststrasse 19, 3000 15

1. Grundsätze

1.1 Welche Rechtsgrundlagen gelten?

Die Versicherung Med Direct ist eine Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Rechtsgrundlagen der Versicherung Med Direct 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).

1.2 Bei wem sind Sie versichert?

Den Versicherer entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungspolice.

1.3 Wo ist der Versicherer tätig?

Das Tätigkeitsgebiet der Versicherer umfasst die ganze Schweiz.

1.4 Wo bietet der Versicherer die Versicherung Med Direct an?

In welchen Prämienregionen Med Direct angeboten wird, können Sie dem Dokument «Einzugsgebiete Med Direct» auf der Webseite der Visana entnehmen oder bei der zuständigen Geschäftsstelle in Erfahrung bringen.

1.5 Was ist die Versicherung Med Direct?

Die Versicherung Med Direct ist eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG in Verbindung mit Art. 62 KVG und Art. 99-101 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

1.6 Auf welchem Prinzip basiert die Versicherung Med Direct?

Die Versicherung Med Direct basiert auf dem Prinzip der Grundversorgung durch den gewählten Hausarzt, der die ganzheitliche Betreuung und Beratung der Versicherten sicherstellt. Die versicherte Person wählt einen Hausarzt aus und verpflichtet sich, alle Behandlungen und Untersuchungen durch den gewählten Hausarzt durchführen oder sich von ihm an Dritte überweisen zu lassen. Ausser in Notfällen und in den in Ziffer

6.5 genannten Fällen ist für eine ambulante oder stationäre Behandlung immer zuerst der Hausarzt beizuziehen.

1.7 Wer gilt als Hausarzt?

Als Hausarzt gilt jeder vom Versicherer anerkannte und zur Berufsausübung zugelassene, in der Grundversorgung tätige Facharzt FMH für allgemeine Medizin, innere Medizin oder Pädiatrie. Als Hausärzte gelten weiter vom Versicherer anerkannte Ärzte mit einer gleichwertigen Ausbildung.

Anerkennt der Versicherer einen Arzt nicht mehr, teilt er dies dem Versicherten mindestens drei Monate im Voraus schriftlich mit. Der Versicherte kann darauf entweder einen anderen Hausarzt bezeichnen oder in die ordentliche Grundversicherung wechseln. Für einen Wechsel zu einem anderen Versicherer gelten die gesetzlichen Kündigungsbestimmungen.

1.8 Können Sie die Unfalldeckung sistieren?

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

1.9 Können Sie eine frei wählbare Jahresfranchise abschliessen?

In der Versicherung Med Direct ist der Abschluss einer frei wählbaren Jahresfranchise möglich.

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

1.10 Wie informiert der Versicherer? Welche Meldepflichten haben Sie?

- a) 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.
- b) Versicherungspolice
Alle versicherten Personen erhalten eine individuelle Bestätigung ihres Versicherungsschutzes in Form einer Versicherungspolice.
- c) Meldepflichten der Versicherten
Die Versicherten sind verpflichtet, sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffende Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (z.B. Wohnsitzwechsel) innert Monatsfrist der auf der Versicherungspolice genannten Organisationseinheit des Versicherers zu melden.
- d) 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 der Versicherung Med Direct erbracht werden, richten sich ausschliesslich nach dem KVG.

2.2 Wer erbringt die ambulanten Leistungen?

Die ambulante Behandlung, Betreuung und Beratung in der Versicherung Med Direct wird grundsätzlich vom gewählten Hausarzt erbracht.

2.3 Welche ambulanten Leistungen werden übernommen?

Die Versicherung Med Direct übernimmt die Kosten der vom Hausarzt erbrachten resp. verordneten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, Heilmittel und Analysen, sofern deren Übernahme im KVG vorgesehen ist.

2.4 Können andere Leistungserbringer beigezogen werden?

Auf Überweisung des Hausarztes können Spezialärzte oder andere Leistungserbringer beigezogen werden. Die Versicherung Med Direct übernimmt die Kosten gemäss dem KVG. Leistungen durch andere Leistungserbringer als den gewählten Hausarzt werden ausserdem in Notfallsituationen übernommen. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person aus medizinisch-objektiven Gründen dringend eine Behandlung benötigt und der Hausarzt aus Distanz-und/oder Zeitgründen nicht rechtzeitig erreicht werden kann.

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

2.6 Welche Medikamente entschädigt der Versicherer?

Der Versicherer entschädigt die Medikamente, die zur Behandlung des Leidens am wirtschaftlichsten sind.

2.7 Was ist nicht versichert?

Nimmt die versicherte Person ambulante oder stationäre Leistungen ohne Überweisung oder Einverständnis des Hausarztes in Anspruch, trägt sie sämtliche damit verbundenen Kosten selber, ausser beim Vorliegen einer Notfallsituation sowie in den in Ziffer 6.5 erwähnten Ausnahmefällen. Leistungen, die über die gesetzliche Grundversicherung hinausgehen, sind nicht versichert.

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.

Die Versicherung Med Direct 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). Der Hausarzt muss vor Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland nicht kontaktiert werden.

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 der Versicherung Med Direct 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 der Versicherung Med Direct richtet sich nach dem von der Aufsichtsbehörde genehmigten Prämientarif des Versicherers. Dieser wird nach Altersgruppen berechnet. 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

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

3.3 Welche Kostenbeteiligungen müssen Sie bezahlen?

In gesetzlich vorgesehenen Fällen bezahlen

- Erwachsene die Jahresfranchise sowie den Selbstbehalt, der 10 %* der die
 - Franchise übersteigenden Kosten beträgt;
 - Kinder den Selbstbehalt von 10 %* und die allenfalls gewählte Jahresfranchise.
- * Bei gewissen Originalpräparaten und Generika kann der Selbstbehalt 20 % betragen.

Der maximale jährliche Selbstbehalt beträgt für Erwachsene CHF 700.– und für Kinder CHF 350.–.

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.

Zusätzlich zu der Kostenbeteiligung wird bei Spitalaufenthalten in gesetzlich vorgesehenen Fällen ein Beitrag von CHF 15.– erhoben.

3.4 Was geschieht bei Zahlungsverzug?

- a) 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. Beahlt 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.
- b) Mahnungen
Die Mahnungen erfolgen schriftlich.
- c) Kosten
Die Kosten des Betreibungsverfahrens und andere Spesen können den säumigen Versicherten auferlegt werden. Bei einer Mahnung oder Betreibung kann eine Umtriebsentschädigung erhoben werden.
- d) Wechsel des Versicherers
Solange säumige Versicherte die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungskosten nicht vollständig bezahlt haben, können sie den Versicherer nicht wechseln.

4. Beitritt

4.1 Wie sind die Aufnahmebedingungen?

Die Versicherung Med Direct können alle Versicherten abschliessen, die ihren zivilrechtlichen Wohnsitz in einem Kanton haben, in dem der Versicherer die Versicherung Med Direct anbietet.

Der Wechsel von der ordentlichen Grundversicherung in die Versicherung

Med Direct steht sämtlichen Versicherten mit Wohnsitz in einem Kanton offen, in dem der Versicherer die Versicherung Med Direct anbietet, und ist jederzeit auf den Ersten eines Monats möglich.

5. Austritt

5.1 Welche Kündigungsfristen gelten?

Die ordentliche Kündigung der Versicherung Med Direct 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. 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?

Bei Verlegung des Wohnsitzes ist dies dem Versicherer innert Monatsfrist zu melden.

Nachteile, welche sich aus der Verletzung der Meldepflicht ergeben, gehen zulasten der Versicherten.

5.3 Was geschieht bei Aufhebung der Versicherung Med Direct durch den Versicherer?

Wird die Versicherung Med Direct durch den Versicherer auf Ende eines Kalenderjahres aufgehoben, wird dies den Versicherten mindestens zwei Monate im Voraus mitgeteilt. Ohne anderslautende Mitteilung der versicherten Person oder Kündigung führt dies automatisch zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers.

5.4 Was geschieht, wenn die Betreuung durch den Hausarzt nicht mehr möglich ist?

Ist die ärztliche Behandlung durch den Hausarzt 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 einem Monat auf den Beginn eines Kalendermonats in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers überzuführen.

6. Pflichten der Versicherten

6.1 Wie wählen Sie Ihren Hausarzt?

Die Versicherten wählen ihren Hausarzt aus der Zahl der vom Versicherer anerkannten Hausärzte. Der Hausarzt kann auf den Anfang eines Monats gewechselt werden, innerhalb eines Kalenderjahres jedoch höchstens einmal. Die Versicherten sind verpflichtet, dem Versicherer diesen Wechsel unter Einhaltung einer Frist von einem Monat mitzuteilen.

6.2 Wie ist das Vorgehen bei Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen?

Die Versicherten sind verpflichtet, alle Behandlungen und Untersuchungen durch den gewählten Hausarzt durchführen oder sich von ihm an Dritte überweisen zu lassen (Ausnahme: vgl. Ziffer 6.5).

Wenn der Hausarzt nicht erreichbar ist, gelangen sie an dessen Stellvertreter oder an die zuständige Notfallorganisation am Wohnort bzw. am Aufenthaltsort. Im Falle einer notfallmässigen Spitaleinweisung oder einer Behandlung durch einen Notfallarzt sind die Versicherten verpflichtet, ihren Hausarzt zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu orientieren.

6.3 Wie ist das Vorgehen bei stationären Behandlungen?

Die Versicherten sind verpflichtet, vor Einweisungen in Akutspitäler das Einverständnis des Hausarztes einzuholen (ausgenommen Notfälle). Die Versicherten sind verpflichtet, dem Versicherer eine schriftliche Überweisungsbestätigung des Hausarztes zukommen zu lassen.

6.4 Welche Pflichten bestehen bei Zuweisungen zu Spezialärzten?

Die Versicherten sind verpflichtet, vor der Konsultation eines Spezialarztes das Einverständnis des Hausarztes einzuholen. Falls Versicherte von ihrem Hausarzt an einen Spezialarzt überwiesen werden und dieser eine Behandlung bzw. Abklärung durch einen weiteren Arzt oder eine stationäre Einrichtung empfiehlt, sind die Versicherten verpflichtet, ihren Hausarzt darüber zu informieren und dessen Einverständnis einzuholen (Ausnahme: vgl. Ziffer 6.5). Die Versicherten sind verpflichtet, dem Versicherer eine schriftliche Überweisungsbestätigung des Hausarztes zukommen zu lassen.

6.5 Welche spezialärztlichen Leistungen können ohne ausdrückliches Einverständnis des Hausarztes in Anspruch genommen werden?

Kein ausdrückliches Einverständnis braucht es für:

- a) Sehhilfen in den in der Mittel- und Gegenstände-Liste (Mi-GeL) erwähnten Fällen
- b) Mutterschaft
- c) Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen
- d) Gynäkologische Erkrankungen
- e) Ambulante augenärztliche Untersuchungen
- f) Zahnärztliche Behandlungen

6.6 Benötigen Sie eine Bewilligung für Badekuren?

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

7. Ergänzende Bestimmungen

7.1 Was können Sie tun, wenn Sie mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden sind?

Versicherte Personen, die mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden sind, können eine Verfügung verlangen.

7.2 Kann ein Versicherter aus der Versicherung Med Direct ausgeschlossen werden?

Bei wiederholtem reglementswidrigem Verhalten des Versicherten ist der Versicherer berechtigt, den Versicherten unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf das Ende eines Kalendermonats aus der Versicherung Med Direct auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers. Eine Wiederaufnahme in die Versicherung Med Direct ist nach einem Ausschluss frühestens auf das nächste Kalenderjahr wieder möglich.

7.3 Datenschutz und Schweigepflicht

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Visana-Gruppe unterstehen der Schweigepflicht gemäss ATSG. Der Datenschutz richtet sich nach dem KVG und dem ATSG.

8. Erlass und Inkrafttreten

8.1 Wann treten die AVB in Kraft?

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 1.1.2017 in Kraft.

Sie können vom Versicherer jederzeit geändert werden.