
Obligatorische Krankenpflegeversicherung

gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Versicherungsbedingungen

Ausgabe Januar 2009

Versicherungsträger: Sanitas Grundversicherungen AG

sanitas

erstklassig versichert

Inhaltsübersicht

Basic	3
CallMed	8
CareMed	11
NetMed	14

Basic

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Ausgabe Januar 2009

Versicherungsträger: Sanitas Grundversicherungen AG

Die Versicherung im Überblick

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) übernimmt die Kosten von Behandlungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Sie kann mit der ordentlichen oder einer wählbaren Franchise und als Alternatives Versicherungsmodell im Sinne einer besonderen Versicherungsform abgeschlossen werden.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthalten die allgemeinen Bestimmungen für die Grundversicherung Basic. Diese gelten auch für die Alternativen Versicherungsmodelle CallMed, CareMed und NetMed, solange nicht in den für das einzelne Alternative Versicherungsmodell geltenden Zusatzbedingungen eine andere Regelung festgehalten ist.

Umfang der Versicherung

1 Grundlagen der Versicherung

- 1 Für alle in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) nicht besonders geregelten Fragen sind das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sowie das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) mit den jeweils dazugehörigen Verordnungen massgebend.
- 2 Bundesrecht und kantonales Recht gehen diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der genannten Reihenfolge vor.
- 3 Bei Abschluss eines Alternativen Versicherungsmodells (besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung) gelten zusätzlich die entsprechenden Zusatzbedingungen (ZB).
- 4 Die im Text gewählte männliche Schreibform gilt analog auch für weibliche Personen.

2 Gegenstand der Versicherung

Die Sanitas Grundversicherungen AG (nachfolgend Sanitas genannt) versichert die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Das Unfallrisiko ist mitversichert, wenn es auf der Versicherungspolice aufgeführt ist.

3 Begriffe

- 1 Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- 2 Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.
- 3 Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen sind den Unfällen gleichgestellt.

4 Örtlicher Geltungsbereich

Der örtliche Geltungsbereich richtet sich nach den Bestimmungen des KVG.

Leistungen

5 Leistungsumfang

Es werden die gesetzlichen Leistungen vergütet.

6 Kostenbeteiligung

Die Kostenbeteiligung der Versicherten setzt sich zusammen aus:

- Franchise
- prozentualen Selbstbehalt
- Spitalkostenbeitrag

7 Wegfall des Leistungsanspruchs

Keine Leistungen werden bezahlt für Behandlungen und Massnahmen, die nicht wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss.

8 Leistungen Dritter

- 1 Die versicherte Person ist verpflichtet, Sanitas im Sinne von Art. 28 ATSG über jegliche Leistungen von Dritten (z.B. Unfall-, Haftpflicht-, Militär- oder Invalidenversicherung) sowie über Vereinbarungen von Abfindungssummen umgehend zu informieren, sofern Sanitas im gleichen Versicherungsfall Leistungen zu erbringen hat.

- 2 Erbringt Sanitas anstelle von Dritten Leistungen, hat die versicherte Person ihre Ansprüche im Umfang der Leistungspflicht an Sanitas abzutreten.
- 3 Vereinbarungen von Versicherten mit Dritten sind für Sanitas nicht verbindlich.

9 Haftung

Die Haftung für die therapeutischen und diagnostischen Leistungen liegt ausschliesslich bei den durch die versicherte Person gewählten Leistungserbringern.

Pflichten und Anspruchsbegründung

10 Allgemeine Pflichten

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Anordnungen von Ärzten oder anderen Leistungserbringern Folge zu leisten und auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu achten.

11 Anspruchsbegründung

- 1 Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, sind die detaillierten Originalrechnungen spätestens fünf Jahre nach Rechnungsstellung an Sanitas einzureichen. Nach dieser Frist erlischt jeglicher Anspruch auf Leistungen.
- 2 Soweit ärztliche Verordnungen zur Anspruchsbegründung gehören, sind diese im Original einzureichen.
- 3 Werden Unfalleleistungen geltend gemacht, ist zusätzlich das Formular Unfallmeldung einzureichen.

12 Auslandsrechnungen

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. Vorbehalten bleiben die Regelungen in den Abkommen über die Personenfreizügigkeit mit den EU- und EFTA-Staaten.

13 Abtretung und Verpfändung von Leistungen

Die versicherte Person darf Forderungen gegenüber Sanitas ohne deren Zustimmung weder abtreten noch verpfänden. Vorbehalten bleibt die Abtretung von Forderungen an Leistungserbringer.

Beginn und Ende der Versicherung

14 Versicherungsbeginn

Der Beginn der Versicherung richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Als Bestätigung des Versicherungsschutzes verschickt Sanitas eine Versicherungspolice.

15 Versicherungsänderungen

- 1 Die Franchise kann jeweils per 1. Januar angepasst werden, beim Wechsel zu einer tieferen Franchise sind die Kündigungsfristen gemäss Ziffer 17 einzuhalten.
- 2 Die Unfalldeckung kann ausgeschlossen werden, wenn eine Unfallversicherung nach UVG nachgewiesen wird (Berufs- und Nichtberufsunfälle). Der Ausschluss erfolgt frühestens auf den 1. des dem schriftlichen Antrag folgenden Monats.
- 3 Der Einschluss der Unfalldeckung erfolgt unmittelbar auf das Ende der Unfallversicherung nach UVG. Der Wegfall der Unfallversicherung ist Sanitas innert 30 Tagen zu melden.

16 Sistierung

Versicherten Personen, welche während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen der Militärversicherung unterstellt sind, wird die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG sistiert. Die Meldung an Sanitas hat mindestens 8 Wochen vor Beginn der Dienstpflicht zu erfolgen. Bei verspätetem Eintreffen der Meldung erfolgt die Sistierung auf den nächstmöglichen Termin, spätestens aber 8 Wochen nach der Meldung. Bereits im Voraus bezahlte Prämien rechnet Sanitas später fälligen Prämien an oder erstattet diese zurück. Die versicherte Person ihrerseits ist verpflichtet, Sanitas eine vorzeitige Beendigung des Dienstes zu melden. Die Dauer der Sistierung verkürzt sich entsprechend.

17 Kündigung der Versicherung

- 1 Die Kündigung infolge Wechsel zu einem anderen Versicherer kann durch die versicherte Person unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist per 31. Dezember und, sofern weder ein Alternatives Versicherungsmodell noch eine wählbare Franchise vereinbart wurde, per 30. Juni erfolgen.
- 2 Die Kündigung kann zudem unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist per Ende jenes Monats erfolgen, welcher der Gültigkeit einer neu mitgeteilten Prämie vorausgeht.

- 3 Die Versicherung wird nach dem Eintreffen der Aufnahmebestätigung des neuen Versicherers beendet.

18 Ende der Versicherung

Die Versicherung endet

- bei Kündigung der Versicherung gemäss Ziffer 17;
- wenn die versicherte Person der Versicherungspflicht nicht mehr untersteht;
- bei Grenzgängern gemäss Art. 7 Abs. 4 KVV;
- bei versicherten Personen, welche nicht der schweizerischen Gesetzgebung über die Sozialhilfe unterstehen, gemäss Art. 9 KVV;
- bei Tod der versicherten Person.

Prämien

19 Prämienzahlung und Fälligkeit

- 1 Die Prämien sind jeweils am 1. des betreffenden Monats fällig. Die Zahlungen können jährlich, halbjährlich, vierteljährlich, zweimonatlich oder monatlich erfolgen, wobei das Versicherungsjahr am 1. Januar beginnt. Erfolgt die Rechnungsstellung an eine Adresse im Ausland, sind nur jährliche, halbjährliche oder vierteljährliche Prämienzahlungen möglich.
- 2 Wird die Versicherung vorzeitig beendet, erfolgt die Rückerstattung der Prämie, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfällt.
- 3 Geschuldete Prämien dürfen von den Versicherten nicht mit ausstehenden Leistungen verrechnet werden.

20 Mahnung und Verzugsfolgen

- 1 Bezahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung nicht und wurde im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt, schiebt Sanitas ihre Leistungspflicht gegenüber der versicherten Person auf, bis die ausstehenden Beträge inkl. Mahngebühren, Verzugszinsen und Betriebskosten vollständig bezahlt sind. Gleichzeitig informiert Sanitas die für die Einhaltung der Versicherungspflicht zuständige kantonale Stelle über den Leistungsaufschub.
- 2 Bei Kündigung der Versicherung gemäss Ziffer 17 ist der Wechsel zum neuen Versicherer erst nach vollständiger Bezahlung der ausstehenden Beträge inkl. Mahngebühren, Verzugszinsen und Betriebskosten möglich.

- 3 Bei Versicherten mit Wohnsitz in einem EU- oder EFTA-Staat, die dem Abkommen über die Personenfreizügigkeit unterstehen und die trotz Mahnung und Information über die Folgen des Zahlungsverzuges Prämien- oder Kostenbeteiligungsausstände aufweisen, wird die Übernahme von Leistungen aufgeschoben, bis die Ausstände vollständig bezahlt sind.

- 4 Für Mahnungen und Betreibungen verrechnet Sanitas angemessene Gebühren und Verzugszinsen.

Verschiedenes

21 Annahme der Versicherungspolice

Stimmt der Inhalt der Versicherungspolice oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat der Versicherungsnehmer innert vier Wochen nach Empfang der Versicherungspolice deren Berichtigung zu verlangen. Ohne Rückmeldung des Versicherungsnehmers gilt die Versicherungspolice als genehmigt.

22 Datenerfassung und -bearbeitung

- 1 Sanitas stellt sicher, dass der Datenschutz nach den geltenden Vorschriften des Schweizerischen Rechts, namentlich des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) und insbesondere von Art. 33 ATSG sowie Art. 84 ff. KVG, eingehalten wird.
- 2 Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen kann Sanitas die zur Durchführung der Versicherung notwendigen Informationen einholen, elektronisch erfassen und an Dritte zur Bearbeitung übertragen.

23 Auszahlung von Leistungen

- 1 Sanitas überweist ihre Leistungen auf ein Post- oder Bankkonto. Falls Auszahlungen mittels anderer Zahlungsmittel verlangt werden, kann Sanitas eine Entschädigung für verursachte Mehrkosten erheben. Auszahlungen erfolgen an Adressen in der Schweiz oder an Adressen in EU- oder EFTA-Staaten, wenn die versicherte Person im entsprechenden Land wohnt und dem Abkommen über die Personenfreizügigkeit unterstellt ist.
- 2 Ist Sanitas aufgrund von Verträgen dem Leistungserbringer gegenüber Honorarschuldner, überweist sie diesem ihre Leistungen und stellt der versicherten Person die Kostenbeteiligung in Rechnung.

- 3 Sanitas kann Leistungen mit ihren Forderungen gegenüber der versicherten Person verrechnen, sofern kein Leistungsaufschub im Sinne von Art. 20 Abs. 1 dieser AVB besteht.

24 Mitteilungen / Kontaktadresse

- 1 Namens- und Adressänderungen bzw. Kontaktadressen sind Sanitas innert 30 Tagen schriftlich bekannt zu geben. Unterbleibt die Mitteilung, gilt für die rechtskräftige Zustellung sämtlicher Korrespondenz die letzte bekannte Adresse.
- 2 Bei Auslandsaufenthalten von mehr als drei Monaten ist Sanitas eine Kontaktadresse in der Schweiz mitzuteilen. Dies gilt nicht bei der Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes in einen EU- oder EFTA-Staat, wenn die versicherte Person dem Abkommen über die Personenfreizügigkeit unterstellt ist.
- 3 Als Zustelladresse für Mitteilungen oder Anspruchsbegründungen gilt die auf der Versicherungspolice aufgeführte Adresse.

25 Anpassung der Versicherungsbedingungen

Änderungen der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Zusatzbedingungen der Alternativen Versicherungsmodelle sowie andere verbindliche Informationen werden den Versicherten durch schriftliche Mitteilung oder durch Publikation in der Kundenzeitschrift bekannt gegeben.

26 Versicherungspflicht in EU-/EFTA-Staaten

Versicherte Personen mit Wohnsitz in einem EU- oder EFTA-Staat, die dem Abkommen über Personenfreizügigkeit unterstellt sind, sind verpflichtet, sämtliche Änderungen bezüglich Versicherungspflicht innert 30 Tagen Sanitas zu melden.

27 Rechtspflege

- 1 Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid von Sanitas nicht einverstanden, kann sie innert angemessener Frist verlangen, dass Sanitas eine schriftliche Verfügung mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung erlässt.
- 2 Gegen eine Verfügung kann innerhalb von 30 Tagen bei Sanitas Einsprache erhoben werden. Sanitas prüft diese Einsprache und erlässt einen schriftlichen, begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.

- 3 Gegen den Einspracheentscheid von Sanitas kann innerhalb von 30 Tagen beim kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist das Versicherungsgericht im Wohnkanton der versicherten Person beziehungsweise des Beschwerde führenden Dritten.

- 4 Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn Sanitas entgegen einem vorliegenden Begehren keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

- 5 Gegen den Entscheid eines kantonalen Versicherungsgerichts kann nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes Beschwerde beim Bundesgericht erhoben werden.

CallMed

Grundversicherung mit Erstberatung am Telefon

Zusatzbedingungen (ZB)

Ausgabe Januar 2009

Die Versicherung im Überblick

CallMed ist ein Alternatives Versicherungsmodell (besondere Versicherungsform) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

Bei Abschluss von CallMed erklärt sich die versicherte Person bereit, vor einer ärztlichen Behandlung das medizinische Beratungszentrum telefonisch zu konsultieren. Dieses steht den Versicherten rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung. Es berät die Versicherten bei gesundheitlichen Problemen und gibt Empfehlungen für die folgenden Behandlungsschritte ab. In der Wahl eines allenfalls benötigten Leistungserbringers bleibt die versicherte Person im Rahmen des KVG jederzeit frei.

Regelungen des Versicherungsmodells

1 Grundlagen der Versicherung

Für alle in diesen Zusatzbedingungen nicht besonders geregelten Fragen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Grundversicherung Basic.

2 Pflichten aus dem Versicherungsmodell

- 1 Vor Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung nimmt die versicherte Person telefonisch Kontakt mit dem medizinischen Beratungszentrum auf. Dieses berät die versicherte Person medizinisch und empfiehlt ihr den optimalen Behandlungspfad, welcher von der versicherten Person bezüglich der weiteren Handlungsweise angemessen berücksichtigt wird.
- 2 Ist auf Grund des Beratungsgesprächs eine ärztliche Behandlung angezeigt, vereinbart das medizinische Beratungszentrum mit der versicherten Person ein Zeitfenster, in welchem die Behandlung bei einem Leistungserbringer nach Wahl erfolgen soll. Dieses gilt auch für die allenfalls notwendige Überweisung an weitere Leistungserbringer. Reicht das Zeitfenster für die Behandlung nicht aus, nimmt die versicherte Person vor Ablauf der Frist erneut Kontakt mit dem medizinischen Beratungszentrum auf.

3 Ausnahmen von der Beratungspflicht

- 1 Bei Notfällen ist die vorgängige Kontaktaufnahme mit dem medizinischen Beratungszentrum nicht zwingend. Eine erfolgte Behandlung ist so bald als möglich, spätestens aber innerhalb von 10 Tagen nach Beginn der Behandlung, dem medizinischen Beratungszentrum zu melden.

Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der versicherten Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich oder unmittelbar behandlungsbedürftig eingeschätzt wird.

- 2 In folgenden Fällen ist keine Kontaktnahme mit dem medizinischen Beratungszentrum notwendig:
 - gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen
 - Untersuchungen bei Mutterschaft inkl. Geburt
 - Impfungen
 - zahnärztliche Behandlungen

4 Verletzung der Beratungspflicht

- 1 Verzichtet die versicherte Person vor Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung auf die Erstberatung durch das medizinische Beratungszentrum, teilt Sanitas die versicherte Person nach einmaliger Mahnung in die Grundversicherung Basic um. Die Umteilung erfolgt rückwirkend auf den 1. Januar des Jahres, in welchem die Beratungspflicht zum 2. Mal verletzt wurde.
- 2 Wird die Empfehlung des medizinischen Beratungszentrums für den weiteren Behandlungspfad von der versicherten Person wiederholt nicht angemessen berücksichtigt, behält sich Sanitas vor, die versicherte Person in die Grundversicherung Basic umzuteilen.
- 3 Ein erneuter Wechsel in CallMed ist während zwei Jahren nicht mehr möglich.

Versicherungsänderungen

5 Versicherungsänderungen durch die versicherte Person

- 1 Ein Wechsel aus der Grundversicherung Basic in CallMed ist jeweils auf Monatsbeginn möglich.
- 2 Ein Wechsel von CallMed in die Grundversicherung Basic oder in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell kann ausschliesslich per 1. Januar erfolgen. Es gelten die Kündigungsfristen gemäss Ziffer 17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

6 Versicherungsänderungen durch Sanitas

- 1 Sanitas teilt CallMed in die Grundversicherung Basic um,
- wenn die Voraussetzung der telefonischen Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung durch die versicherte Person nicht mehr erfüllt werden kann;
 - wenn die versicherte Person länger als drei Monate im Ausland weilt;
 - wenn die versicherte Person die Beratungspflicht gemäss Ziffer 4 verletzt.

Mit Ausnahme der Regelung gemäss Ziffer 4, Absatz 1 erfolgt die Umteilung unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den 1. des dem Fristenablauf folgenden Monats.

- 2 Sanitas kann CallMed unter Einhaltung einer Frist von zwei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen. Die versicherten Personen werden sodann per 1. Januar des Folgejahres in die Grundversicherung Basic oder, wenn von der versicherten Person gewünscht, in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell umgeteilt.

CareMed

Grundversicherung mit Wahl eines Hausarztes

Zusatzbedingungen (ZB)

Ausgabe Januar 2009

Die Versicherung im Überblick

CareMed ist ein Alternatives Versicherungsmodell (besondere Versicherungsform) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

Bei Abschluss von CareMed erklärt sich die versicherte Person bereit, bei einer ärztlichen Behandlung jeweils den von ihr gewählten Hausarzt zu konsultieren. Dieser ist in allen medizinischen Belangen die erste Ansprechperson für die versicherte Person. Bei Bedarf überweist der Hausarzt die versicherte Person zur weiteren Behandlung an Fachärzte, an medizinische Hilfspersonen oder ins Spital.

Regelungen des Versicherungsmodells

1 Grundlagen der Versicherung

Für alle in diesen Zusatzbedingungen nicht besonders geregelten Fragen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Grundversicherung Basic.

2 Pflichten aus dem Versicherungsmodell

- 1 Bei Abschluss von CareMed wählt die versicherte Person einen Hausarzt und meldet diesen Sanitas.
- 2 Bei Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung konsultiert die versicherte Person den von ihr gewählten Hausarzt. Dieser führt die erforderliche Untersuchung und Behandlung selber durch oder überweist die versicherte Person bei Bedarf an einen anderen Leistungserbringer.
- 3 Ist der gewählte Hausarzt nicht erreichbar (z.B. Ferien), wendet sich die versicherte Person an dessen Stellvertretung. Bei längerer Abwesenheit des Hausarztes kann die versicherte Person für die Dauer der Abwesenheit einen anderen Hausarzt wählen. Die versicherte Person meldet dies Sanitas spätestens nach der ersten Konsultation.
- 4 Beendet der Hausarzt seine Praxistätigkeit, meldet die versicherte Person Sanitas den neu gewählten Hausarzt spätestens nach der ersten Konsultation.
- 5 Die versicherte Person kann den von ihr gewählten Hausarzt in begründeten Fällen wechseln. Sie meldet dies Sanitas spätestens vor der ersten Konsultation beim neu gewählten Hausarzt.

3 Ausnahmen von der Konsultationspflicht beim Hausarzt

- 1 Bei Notfällen ist die Behandlung durch den gewählten Hausarzt nicht zwingend. Nach der Erstbehandlung durch einen anderen Leistungserbringer soll eine allfällige Weiterbehandlung oder Nachkontrolle nach Möglichkeit wiederum durch den Hausarzt erfolgen.

Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der versicherten Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich oder unmittelbar behandlungsbedürftig eingeschätzt wird.

- 2 Folgende Untersuchungen und Behandlungen können ohne Absprache mit dem gewählten Hausarzt direkt von einem anerkannten Facharzt durchgeführt werden:
 - gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen
 - Untersuchungen bei Mutterschaft inkl. Geburt
 - periodische Augenkontrollen
 - zahnärztliche Behandlungen

4 Verletzung der Konsultationspflicht beim Hausarzt

- 1 Beansprucht die versicherte Person medizinische Leistungen von Leistungserbringern, ohne vorher ihren Hausarzt zu konsultieren, teilt Sanitas die versicherte Person nach einmaliger Mahnung in die Grundversicherung Basic um. Die Umteilung erfolgt rückwirkend auf den 1. Januar des Jahres, in welchem die Konsultationspflicht beim Hausarzt zum 2. Mal verletzt wurde.
- 2 Ein erneuter Wechsel in CareMed ist während zwei Jahren nicht mehr möglich.

Versicherungsänderungen

5 Versicherungsänderungen durch die versicherte Person

- 1 Ein Wechsel aus der Grundversicherung Basic in CareMed ist jeweils auf Monatsbeginn möglich.
- 2 Ein Wechsel von CareMed in die Grundversicherung Basic oder in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell kann ausschliesslich per 1. Januar erfolgen. Es gelten die Kündigungsfristen gemäss Ziffer 17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

6 Versicherungsänderungen durch Sanitas

- 1 Sanitas teilt CareMed in die Grundversicherung Basic um,
 - wenn die ärztliche Behandlung durch den gewählten Hausarzt nicht mehr möglich ist;
 - wenn die versicherte Person länger als drei Monate im Ausland weilt;
 - wenn die versicherte Person die Konsultationspflicht beim Hausarzt gemäss Ziffer 4 verletzt.

Mit Ausnahme der Regelung gemäss Ziffer 4 erfolgt die Umteilung unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den 1. des dem Fristenablauf folgenden Monats.

- 2 Sanitas kann CareMed unter Einhaltung einer Frist von zwei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen. Die versicherten Personen werden sodann per 1. Januar des Folgejahres in die Grundversicherung Basic oder, wenn von der versicherten Person gewünscht, in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell umgeteilt.

Verschiedenes

7 Datenerfassung und -bearbeitung

- 1 Mit dem Abschluss von CareMed gewährt die versicherte Person dem von ihr gewählten Hausarzt oder einem von diesem autorisierten Dritten Einsicht in die Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung.
- 2 Sanitas ist berechtigt, dem von der versicherten Person gewählten Hausarzt oder einem von diesem autorisierten Dritten die zur Durchführung von CareMed erforderlichen Daten unter Einhaltung der Vorschriften über die Schweigepflicht und den Datenschutz zu übermitteln.

NetMed

Grundversicherung mit Wahl eines koordinierenden Hausarztes

Zusatzbedingungen (ZB)

Ausgabe Januar 2009

Die Versicherung im Überblick

NetMed ist ein Alternatives Versicherungsmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Sanitas schliesst dazu mit Ärztenetzen und HMO-Praxen Zusammenarbeitsverträge ab.

Bei Abschluss von NetMed wählt die versicherte Person einen Hausarzt aus, der in einem von Sanitas anerkannten Ärztenetz oder einer von Sanitas anerkannten HMO-Praxis tätig ist (koordinierender Arzt). Sie erklärt sich bereit, den koordinierenden Arzt bei jeder ärztlichen Behandlung zu konsultieren. Dieser ist in allen Gesundheitsfragen für die ganzheitliche Behandlung und Betreuung der versicherten Person verantwortlich. Bei Bedarf überweist der koordinierende Arzt die versicherte Person zur weiteren Behandlung an Fachärzte, an medizinische Hilfspersonen oder ins Spital.

Regelungen des Versicherungsmodells

1 Grundlagen der Versicherung

Für alle in diesen Zusatzbedingungen nicht besonders geregelten Fragen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zur Grundversicherung Basic.

2 Pflichten aus dem Versicherungsmodell

- 1 Bei Abschluss von NetMed wählt die versicherte Person einen Hausarzt, der in einem Ärztenetz oder in einer HMO-Praxis tätig ist (in der Folge als koordinierender Arzt bezeichnet), und meldet diesen Sanitas. Sanitas führt eine Liste der von ihr anerkannten koordinierenden Ärzte. Diese Liste wird periodisch aktualisiert und kann bei Sanitas eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.
- 2 Bei Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung konsultiert die versicherte Person den von ihr gewählten koordinierenden Arzt. Dieser führt die erforderliche Untersuchung und Behandlung selber durch oder überweist die versicherte Person bei Bedarf an einen anderen Leistungserbringer.
- 3 Die versicherte Person kann den von ihr gewählten koordinierenden Arzt in begründeten Fällen wechseln. Sie meldet dies Sanitas spätestens vor der ersten Konsultation beim neuen koordinierenden Arzt.

3 Ausnahmen von der Konsultationspflicht beim koordinierenden Arzt

- 1 Auch bei Notfällen ist die Behandlung durch den koordinierenden Arzt angezeigt. Ist dies nicht möglich, informiert die versicherte Person ihren koordinierenden Arzt innerhalb von 10 Tagen nach der ausserhalb dessen Praxis erfolgten Behandlung. Eine allfällige Weiterbehandlung oder Nachkontrolle hat wenn möglich wieder beim koordinierenden Arzt zu erfolgen.

Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der versicherten Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich oder unmittelbar behandlungsbedürftig eingeschätzt wird.

- 2 Folgende Untersuchungen können nach Information des koordinierenden Arztes direkt von einem anerkannten Facharzt durchgeführt werden:
 - gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen
 - Untersuchungen bei Mutterschaft inkl. Geburt
 - periodische Augenkontrollen

Für weitere gynäkologische oder augenärztliche Behandlungen bei einem anerkannten Facharzt ist die Überweisung durch den koordinierenden Arzt wiederum zwingend.

- 3 Zahnärztliche Behandlungen können ohne Information des koordinierenden Arztes direkt von einem anerkannten Facharzt durchgeführt werden.

4 Verletzung der Konsultationspflicht beim koordinierenden Arzt

- 1 Beansprucht die versicherte Person medizinische Leistungen von Leistungserbringern, ohne dass sie von ihrem koordinierenden Arzt an diese überwiesen wurde, teilt Sanitas die versicherte Person nach einmaliger Mahnung in die Grundversicherung Basic um. Die Umteilung erfolgt rückwirkend auf den 1. Januar des Jahres, in welchem die Konsultationspflicht beim koordinierenden Arzt zum 2. Mal verletzt wurde.
- 2 Ein erneuter Wechsel in NetMed ist während zwei Jahren nicht mehr möglich.

Versicherungsänderungen

5 Versicherungsänderungen durch die versicherte Person

- 1 Ein Wechsel aus der Grundversicherung Basic in NetMed ist jeweils auf Monatsbeginn möglich.

- 2 Ein Wechsel von NetMed in die Grundversicherung Basic oder in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell kann ausschliesslich per 1. Januar erfolgen. Es gelten die Kündigungsfristen gemäss Ziffer 17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- 3 Bei Umzug in eine andere Region wählt die versicherte Person einen anderen koordinierenden Arzt gemäss Liste aus. Sie meldet dies Sanitas spätestens vor der ersten Konsultation. Sofern am neuen Wohn- oder Arbeitsort kein koordinierender Arzt zur Auswahl steht, muss die versicherte Person in die Grundversicherung Basic oder in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell wechseln.

6 Versicherungsänderungen durch Sanitas

- 1 Sanitas teilt NetMed in die Grundversicherung Basic um,
 - wenn die ärztlichen Behandlung durch den koordinierenden Arzt nicht mehr möglich ist;
 - wenn der gewählte Arzt nicht mehr als koordinierender Arzt zur Verfügung steht und die versicherte Person keinen neuen koordinierenden Arzt wählt;
 - wenn die versicherte Person länger als drei Monate im Ausland weilt;
 - wenn die versicherte Person die Konsultationspflicht beim koordinierenden Arzt gemäss Ziffer 4 verletzt.

Mit Ausnahme der Regelung gemäss Ziffer 4 erfolgt die Umteilung unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den 1. des dem Fristenablauf folgenden Monats.

- 2 Sanitas kann NetMed unter Einhaltung einer Frist von zwei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen. Die versicherten Personen werden sodann per 1. Januar des Folgejahres in die Grundversicherung Basic umgeteilt.

Verschiedenes

7 Datenerfassung und -bearbeitung

- 1 Mit dem Abschluss von NetMed gewährt die versicherte Person dem von ihr gewählten koordinierenden Arzt oder einem von diesem autorisierten Dritten Einsicht in die Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung.
- 2 Sanitas ist berechtigt, dem koordinierenden Arzt oder einem von diesem autorisierten Dritten die zur Durchführung von NetMed erforderlichen Daten unter Einhaltung der Vorschriften über die Schweigepflicht und den Datenschutz zu übermitteln.