

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

Krankenpflegeversicherung

Tel Doc (KVG)

Hinweis:

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

Diese Versicherungsbedingungen sind gültig für die folgenden Versicherer:

- Visana AG, Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 16
- sana24 AG, Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 16
- vivacare AG, Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 16

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bestehen aus zwei Teilen:

- I. Allgemeiner Teil
- II. Ergänzende Bestimmungen zum Versicherungsmodell Tel Doc

I Allgemeiner Teil

1. Allgemeine Bestimmungen

1.1 Grundsätzliches

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

1.2 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.

1.3 Wählbare Franchise

Der Versicherer 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).

2. Versicherungsverhältnis

2.1 Versicherungsmöglichkeit

Der Versicherer versichert natürliche Personen, mit Wohnsitz in der Schweiz.

2.2 Aufnahmebedingungen

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

2.3 Beginn der Versicherung

- a) Die Versicherung beginnt ab dem vereinbarten Datum. Der Versicherer bestätigt das Aufnahmedatum schriftlich.
- b) Als Bestätigung des Versicherungsschutzes erhalten die Versicherten nach erfolgter Aufnahme eine Versicherungspolice.
- c) Bei Beitritt innerhalb von drei Monaten seit Geburt oder seit Wohnsitznahme in der Schweiz beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme.
- d) 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.

2.4 Anpassung der Versicherung

- a) Die Franchise kann jeweils per 1. Januar angepasst werden. Beim Wechsel zu einer tieferen Franchise sind die Kündigungsvorschriften gemäss 2.6 zu beachten.
- b) 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 dem Versicherer innert 30 Tagen zu melden.

2.5 Ende der Versicherung

Die Versicherung endet durch:

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

2.6 Kündigung

- a) Die Versicherten können unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Jahres kündigen.
- b) 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.
- c) Die Versicherung endet gegenüber dem Versicherer erst, wenn der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist.
- d) Gemäss Artikel 64a Absatz 6 KVG können die Versicherten den Versicherer nicht wechseln, solange die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten nicht vollständig bezahlt sind.

2.7 Wie informiert der Versicherer? Welche Meldepflichten haben Sie?

- a) Publikationsorgan
Änderungen der Versicherungsbedingungen sowie Bekanntmachungen allgemeiner Natur erfolgen in verbind-

licher Form im offiziellen Publikationsorgan der Visa-na-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.

3. Leistungen

3.1 Grundsatz

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

3.2 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.

3.3 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.

3.4 Leistungsvoraussetzung

Der Versicherer 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.

3.5 Leistungsbegründung

Beanspruchen die Versicherten Leistungen vom Versicherer, haben sie ihm die detaillierten Rechnungen und Rezepte mit den erforderlichen Angaben (Versichertennummer) einzureichen. Besteht ein Leistungsanspruch, vergütet der Versicherer den Versicherten den Kostenanteil des Versicherers.

3.6 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.

3.7 Leistungen im Ausland

- a) Leistungen bei Behandlungen im Ausland werden gemäss den gesetzlichen Bestimmungen insbesondere bei Notfällen erbracht. Die Behandlungskosten müssen detailliert ausgewiesen werden.
- b) 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.

3.8 Wie ist das Verhältnis zu anderen Versicherungen und Drittleistungen (Regressordnung)?

- a) Anzeige- und Anmeldepflicht
Sind für einen Versicherungsfall auch andere Versicherungen oder Dritte leistungspflichtig, so muss dies dem Versicherer angezeigt werden. Anzeigepflichtig ist ferner der Bezug von Leistungen. Abfindungen sowie Leistungsverzichtserklärungen sind dem Versicherer vor Bezug bzw. Unterzeichnung zu melden. Die Versicherten sind verpflichtet, ihre Ansprüche gegenüber anderen Versicherungsträgern oder zahlungspflichtigen Dritten anzumelden. Werden diese Anzeige- und Anmeldepflichten verletzt, kann dies zu einer Kürzung oder Verweigerung der Leistungen führen.
- b) Leistungscoordination
Das Verhältnis der sozialen Krankenversicherung zu den anderen Sozialversicherungen richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- c) Rückgriff
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.

3.9 Wann müssen Sie Leistungen zurückerstatten?

Zu Unrecht oder irrtümlich erbrachte Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

3.10 Abtretung und Verpfändung von Leistungen

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

4. Prämien

4.1 Prämienfestsetzung

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

4.2 Prämienzahlung

- a) Die Prämien sind im Voraus zu bezahlen. Sie können auf besondere Vereinbarung zweimonatlich, halbjährlich oder jährlich bezahlt werden.
- b) 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.
- c) Für Ratenzahlungsvereinbarungen bei Zahlungsrückständen kann eine Gebühr erhoben werden.
- d) Im Eintrittsmonat sind die Prämien ab dem effektiven Versicherungsbeginn taggenau geschuldet. Im Austritts- und Todesmonat ist die Prämie für die Zeit nach dem effektiven Austritt resp. nach dem Todestag nicht mehr geschuldet.

4.3 Kostenbeteiligung

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 Spitalaufhalten in gesetzlich vorgesehenen Fällen ein Beitrag von CHF 15.– pro Tag erhoben.

4.4 Auszahlungen

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

4.5 Sistierung

- a) 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 dem Versicherer zu melden. Hält sie diese Frist nicht ein, so erhebt der Versicherer ab dem nächsten ihr möglichen Termin, spätestens aber acht Wochen nach der Meldung keine Prämie mehr.
- b) 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 dem Versicherer innert 30 Tagen zu melden.

4.6 Zahlungsverzug

- a) Bezahlen die Versicherten fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so stellt der Versicherer, 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.
- b) Bezahlen die Versicherten trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreibung anheben.

4.7 Bearbeitungsgebühren, Betreibungskosten und Verzugszinse

Für fällige Prämienforderungen sind die gesetzlichen Verzugszinsen zu zahlen.

Für weitere Auslagen von Mahnungen und Beteiligungen verrechnet der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren.

5. Rechtspflege

5.1 Verfügung

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

5.2 Einsprache

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

5.3 Kantonales Versicherungsgericht

- a) Gegen Einspracheentscheide des Versicherers kann innert 30 Tagen beim kantonalen Versicherungsgericht am Wohnsitz des Versicherten Beschwerde geführt werden.
- b) Das Versicherungsgericht kann auch angerufen werden, wenn der Versicherer innert Frist keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

6. Datenschutz

6.1 Datenschutz und Schweigepflicht im Allgemeinen

Die Mitarbeiter des Versicherers 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 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.

Der Versicherer 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. 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.

Die Personendaten können sowohl physisch wie elektronisch aufbewahrt werden. Die Datenspeicherung erfolgt dabei schweremässig 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 Datenübermittlung an/von Medi24

- a) Zur Identifikation der Versicherten ermöglicht der Versicherer Medi24 den Zugriff auf die aktualisierten Personendaten der Versicherten (Stammdaten und Versicherungsdeckung).
- b) Der Versicherer übermittelt Medi24 eine Übersicht über alle medizinischen Leistungen, welche die Versicherten in Anspruch genommen haben, damit Medi24 die Einhaltung des vorgegebenen Behandlungsablaufs überprüfen kann.
- c) Medi24 stellt dem Versicherer die zur Leistungsfestsetzung notwendigen Daten wie namentlich Datum des Anrufs und Zeitfenster für die Konsultation beim definierten Leistungserbringer zur Verfügung. Es werden dabei keine medizinischen und sonstigen gemäss Datenschutzgesetz besonders schützenswerte Personendaten weitergegeben.
- d) Mit dem Beitritt zu Tel Doc erklärt sich der Versicherte mit dieser Übermittlung der administrativ notwendigen Daten einverstanden.

7. Schlussbestimmungen

7.1

7.2 Anpassung der Versicherungsbedingungen

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

7.3 Mitteilungen

- a) Alle Mitteilungen sind an den Versicherer zu richten.
- b) Alle Mitteilungen seitens Versicherer erfolgen rechtmässig an die vom Versicherten zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz oder an den durch den Versicherer neuen recherchierten gesetzlichen Wohnsitz.

II Ergänzende Bestimmungen zum Versicherungsmodell Tel Doc

8. Allgemeine Bestimmungen

8.1 Ziel und Zweck

- a) Ziel von Tel Doc ist die Stärkung einer eigenverantwortlichen, gesunden Lebensweise der Versicherten. Medi24 ist für die medizinische Beratung und die Koordination aller Gesundheitsfragen zuständig.
- b) Durch die ganzheitliche Beratung und Betreuung durch Medi24 werden die Qualität der Leistungen gesteigert und spürbare Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen erzielt.

8.2 Rechtsgrundlagen

- a) Unter dem Namen Tel Doc besteht nachstehende besondere Versicherungsform im Sinne von Artikel 62 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), in Verbindung mit Artikel 41 Absatz 4 KVG.
- b) Im Rahmen dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für einen gezielten Mitteleinsatz im Gesundheitswesen zeichnet sich Tel Doc insbesondere durch einen von Medi24 koordinierten Behandlungspfad aus.

9. Versicherungsverhältnis

9.1 Versicherungsmöglichkeit

Tel Doc steht im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen allen interessierten Personen offen, die Wohnsitz in denjenigen Gebieten haben, in denen der Versicherer diese Versicherungsform betreibt.

9.2 Wechsel zu Tel Doc

Der Beitritt oder Wechsel von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu Tel Doc ist jederzeit auf den ersten Tag des dem Antrag (Eingang des Antrages beim Versicherer) folgenden Monats möglich.

9.3 Versicherungswechsel

- a) Der Wechsel von Tel Doc 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.
- b) Ein vorzeitiger Austritt aus Tel Doc ist jederzeit möglich:
 - wenn der Versicherte bei Wohnsitzwechsel in eine Region zieht, in welcher der Versicherer dieses Produkt nicht betreibt;
 - bei Verzicht des Versicherers auf den Betrieb des Produktes.
- c) Bei Ereignissen gemäss Absatz 2 wird der Versicherte vom Versicherer informiert. Der Versicherer behält sich vor Tel Doc auf Ende eines Kalenderjahres nicht mehr anzubieten. Die betroffenen Versicherten werden mindestens zwei Monate vor Versicherungsende darüber informiert.

9.4 Wohnortwechsel

Beim Wegzug aus der Schweiz endet das Versicherungsobligatorium und die Versicherung wird aufgehoben. Der Versicherer ist umgehend darüber zu verständigen.

10. Grundzüge und Leistungsumfang

10.1 Grundsatz

- a) Bei einem gesundheitlichen Problem sind die Versicherten oder an ihrer Stelle eine Drittperson verpflichtet vor jeder Vereinbarung eines Termins für eine Behandlung bei Ärzten, Chiropraktikern, Hebammen und in Spitälern, sofern die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) nichts anderes vorsehen, mit Medi24 telefonisch Kontakt aufzunehmen. Medi24 berät den Versicherten medizinisch und legt, unter Berücksichtigung der individuellen Situation, den notwendigen Behandlungspfad fest, welcher für den Versicherten verbindlich ist.
- b) Ist nach einer Telekonsultation eine medizinische Behandlung nötig, beinhaltet der Behandlungsablauf im Sinne von Artikel 9.1 Absatz a) auch die Wahl des Leistungserbringers durch Medi24 sowie das Zeitfenster für die Behandlung. Erfolgt vom behandelnden Arzt ein Aufgebot zur Nachkontrolle oder eine Überweisung zu einem anderen Arzt, ins Spital oder ins Pflegeheim, ist nochmals eine telefonische Rücksprache mit Medi24 erforderlich. Bei medizinischen Hilfspersonen wie namentlich Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, die im Auftrag vom Arzt Leistungen erbringen, ist keine telefonische Rücksprache mit Medi24 erforderlich.

Wahl der Leistungserbringer

Grundsätzlich wählt Medi24 den für die medizinische Behandlung geeigneten Leistungserbringer. Gynäkologen und Pädiater können aber frei gewählt werden.

10.2 Spezialfälle und Ausnahmen

- a) Notfallbehandlungen sind im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung versichert und Medi24 baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden.
- b) Für gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, ambulante augenärztliche Untersuchungen sowie bei geburtshilflicher Betreuung ist kein vorheriger Kontakt mit Medi24 erforderlich.
- c) Beim Eintritt in ein Spital oder Pflegeheim ist mit Medi24 vorgängig Kontakt aufzunehmen. Der Austritt aus einem

Spital oder Pflegeheim ist Medi24 baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden.

10.3 Leistungsangebot

Tel Doc garantiert im Übrigen sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG, sofern diese im Rahmen des von Medi24 festgelegten Behandlungsablaufs erbracht wurden.

11. Prämien

11.1 Prämienrabatt

Den Tel Doc-Versicherten wird ein Rabatt auf der Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG gewährt. Dieser richtet sich nach dem Prämientarif des Versicherers.

11.2 Kostenbeteiligung

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

12. Mitwirkungspflichten

12.1 Allgemeine Pflichten

- a) Die Versicherten 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 Behandlung bei Ärzten, Chiropraktikern, Hebammen und in Spitälern mit Medi24 zur telemedizinischen Beratung und Koordination telefonisch Kontakt aufzunehmen und den von Medi24 vorgegebenen Behandlungspfad einzuhalten. Erfolgt vom behandelnden Arzt ein Aufgebot zur Nachkontrolle oder eine Überweisung zu einem anderen Arzt, ins Spital oder ins Pflegeheim, ist nochmals eine telefonische Kontaktaufnahme und Rücksprache mit Medi24 erforderlich.
- b) Der Austritt aus einem Spital oder Pflegeheim ist Medi24 baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden.

12.2 Kontaktaufnahme im Notfall

Nach jeder Notfallbehandlung ist diese Medi24 baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden.

13. Verletzung von Mitwirkungspflichten und Sanktionen

13.1 Verletzung von Mitwirkungspflichten

Verletzen die Versicherten ihre Mitwirkungspflichten, entfällt die Leistungspflicht für Behandlungskosten. Vorbehalten bleibt der Nachweis der Versicherten, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht aus entschuldigen Gründen erfolgt.

13.2 Weitere Sanktionen

In gravierenden Fällen kann der Versicherer die Versicherten aus Tel Doc ausschliessen und wieder in die obligatorische Krankenpflegeversicherung umteilen.

14. Verschiedenes

14.1

14.2 Telefonische Beratung

Die kostenlose telefonische Beratung wird jeweils aufgezeichnet und von Medi24 archiviert. Im Streitfall kann die Aufnahme durch Medi24 als Beweismittel gebraucht werden. Das Personal von Medi24 untersteht der Schweigepflicht gemäss Artikel 33 ATSG. Das Personal des Versicherers hat keinerlei Zugriff zu diesen Daten.

14.3 Haftung

Die Haftung für die medizinische Beratung liegt ausschliesslich bei Medi24.

15. Schlussbestimmungen

15.1 Verhältnis zum Krankenversicherungsrecht und Inkrafttreten

Tel Doc ist Teil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Vorbehalten bleibt in jedem Fall die gesetzliche Regelung. Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 1.1.2023 in Kraft. Sie können vom Versicherer jederzeit geändert werden.