

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

Krankenpflegeversicherung

HMO plus (KVG)

Hinweis:

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

1. Grundsätze

1.1 Was ist HMO plus?

Der Versicherer bietet HMO plus in definierten Versicherungsgebieten an. Die aktuellen vom Versicherer anerkannten Versicherungsgebiete und deren angeschlossene Hausarztpraxen und weiterer angeschlossenen Leistungserbringer sind auf der Homepage des Versicherers ersichtlich. Rechtsgrundlagen von HMO plus 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).

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

1.2 Auf welchem Prinzip basiert HMO plus?

HMO plus ergänzt das Prinzip des hausärztlichen Gatekeeping mit der vertikalen Vernetzung von weiteren medizinischen Leistungserbringern. HMO plus zeichnet sich durch einen niederschweligen Zugang sowie koordinierte und effiziente Behandlungspfade aus.

Die Versicherten erklären sich mit dem Abschluss von HMO plus einverstanden, dass alle medizinischen Untersuchungen und Behandlungen durch den gewählten Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum durchgeführt werden, bzw. die Überweisung an Spezialärzte und andere Leistungserbringer durch diese erfolgen.

Als Alternative zum gewählten Hausarzt oder zum telemedizinischen Beratungszentrum können Versicherte in HMO plus für eine Erstkonsultation auch direkt eine Partnerapotheke aufsuchen. Die Überweisung an Spezialärzte und andere Leistungserbringer erfolgt jedoch ausschliesslich durch den gewählten Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum.

1.3 Gegenstand und Merkmale von HMO plus

Der Versicherer übernimmt die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft oder Unfall.

Die versicherte Person hat bei Versicherungsabschluss einen vom Versicherer anerkannten Hausarzt zu wählen. Die versicherte Person konsultiert bei gesundheitlichen Beschwerden wahlweise den gewählten Hausarzt, das telemedizinische Beratungszentrum oder eine Partnerapotheke.

1.4 Wer gilt als Hausarzt

Als HMO plus-Ärzte gelten ausschliesslich Ärzte, welche mit dem Versicherer in einem entsprechenden Vertragsverhältnis stehen. Auf der Webseite des Versicherers ist ersichtlich, welche Ärzte als HMO plus-Ärzte gewählt werden können.

Die versicherte Person wählt zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses aus der Liste der HMO plus-Ärzte ihren Hausarzt. Anerkennt der Versicherer einen Arzt nicht mehr, teilt er dies der versicherten Person schriftlich mit. Die versicherte Person kann darauf entweder einen anderen anerkannten Hausarzt bezeichnen oder in die ordentliche Grundversicherung wechseln. Die versicherte Person ist verpflichtet den Wechsel des Hausarztes umgehend zu melden.

1.5 Wie sind die Leistungserbringer in HMO plus organisiert?

Gesundheitsorganisation

Die Gesundheitsorganisation ist der regionale Zusammenschluss von Leistungserbringern, welche die medizinische Versorgung für die Versicherten sicherstellen. Die gewählte Gesundheitsorganisation ist auf der Versicherungspolice ersichtlich.

Gewählter Hausarzt

Die versicherte Person wählt bei Abschluss des Versicherungsvertrages einen Hausarzt, welcher der entsprechenden Gesundheitsorganisation angeschlossen ist. Der gewählte Hausarzt ist auf der Versicherungspolice ersichtlich.

Telemedizinisches Beratungszentrum

Als Alternative zum gewählten Hausarzt steht den Versicherten in HMO plus der Zugang zu einem telemedizinischen Beratungszentrum offen. Die Telefonnummer des telemedizinischen Beratungszentrums ist auf der Versicherungspolice ersichtlich.

Partnerapotheke

Als weitere Alternative zum gewählten Hausarzt können Versicherte in HMO plus direkt eine Partnerapotheke aufsuchen, welche der entsprechenden Gesundheitsorganisation angeschlossen ist. Auf der Webseite des Versicherers ist ersichtlich, welche Apotheken welcher Gesundheitsorganisation angeschlossen sind.

1.6 Ausnahmen von der Überweisungspflicht

Ausser in Notfällen, für ambulante augenärztliche Untersuchungen, für gynäkologische Untersuchungen und Behandlungen sowie bei zahnärztlichen Behandlungen ist für eine ambulante oder stationäre Behandlung immer zuerst der gewählte Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum zu kontaktieren.

1.7 Welche Leistungen umfasst HMO plus?

HMO plus umfasst die gesetzlichen Pflichtleistungen bei Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen sowie bei Schwanger- und Mutterschaft.

1.8 Was gilt bei einem Notfall?

Notfallmässige Behandlungen sind im Rahmen der gesetzlichen Pflichtleistungen gedeckt, sofern die Behandlung bei einem Arzt oder einem anderen, durch das KVG zugelassenen Leistungserbringer erfolgt. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person aus medizinisch-objektiven Gründen dringend

eine Behandlung benötigt und der gewählte Hausarzt aus Distanz- und/oder Zeitgründen nicht rechtzeitig erreicht werden kann.

1.9 Können Sie die Unfalldeckung sistieren?

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

1.10 Können Sie eine frei wählbare Jahresfranchise abschliessen?

In HMO plus ist der Abschluss einer frei wählbaren Jahresfranchise möglich.

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

1.11 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 oder in geeigneter elektronischer Form zugestellt.
- 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 betreffenden Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (z.B. Wohnsitz- oder Hausarztwechsel) 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 HMO plus erbracht werden, richten sich ausschliesslich nach dem KVG.

2.2 Wer erbringt die Leistungen?

Die ambulante Behandlung, Betreuung und Beratung in HMO plus wird vom gewählten Hausarzt, vom telemedizinischen Beratungszentrum oder durch eine Partnerapotheke erbracht (Einschränkung der Arztwahl). Überweisungen an Spezialärzte oder andere Leistungserbringer erfolgen ausschliesslich durch den gewählten Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum.

2.3 Welche Leistungen werden übernommen?

HMO plus übernimmt die Kosten der vom gewählten Hausarzt oder vom telemedizinischen Beratungszentrum verordneten Heilmittel, Analysen und therapeutischen Massnahmen, sofern deren Übernahme im KVG vorgesehen ist. Leistungen von anderen Leistungserbringern werden analog übernommen, sofern entweder eine Notfallsituation vorgelegen hat oder der gewählte Hausarzt respektive das telemedizinische Beratungszentrum die Überweisung an den Leistungserbringer angeordnet hat.

2.4 Können andere Leistungserbringer beigezogen werden?

Auf Überweisung des gewählten Hausarztes oder des telemedizinischen Beratungszentrums können externe Spezialärzte

oder andere Leistungserbringer beigezogen werden. HMO plus übernimmt die Kosten gemäss dem KVG.

2.5 Welche Leistungen werden bei stationärer Behandlung erbracht?

Bei stationären Behandlungen auf der allgemeinen Abteilung eines Listenspitals übernimmt der Versicherer seinen Anteil zu dem im Wohnsitzkanton der versicherten Person gültigen Tarif eines Listenspitals. Ist aus medizinischen Gründen eine Behandlung in einem nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital erforderlich, übernimmt der Versicherer seinen Anteil zu demjenigen Tarif, der für Personen mit Wohnsitz im Standortkanton der stationären Einrichtung gilt. Einweisungen in Akutspitäler müssen ausser in Notfallsituationen durch den gewählten Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum respektive mit deren Einverständnis erfolgen.

2.6 Was ist nicht versichert?

Der Bezug von verursachten ambulanten oder stationären Leistungen ohne Überweisung des gewählten Hausarztes respektive des telemedizinischen Beratungszentrums geht zulasten der betroffenen Versicherten. Davon ausgenommen bleiben die Ausnahmen von der Überweisungspflicht gemäss Art. 1.6.

2.7 Wann müssen Sie Leistungen zurückerstatten?

Zu Unrecht oder irrtümlich erbrachte Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

2.8 Wann beginnt der Leistungsanspruch?

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

2.9 Wo gilt die Versicherung?

Die Leistungen werden grundsätzlich für Behandlungen in der Schweiz erbracht.

2.10 Welche Leistungen werden im Ausland übernommen?

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

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

2.11 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.

2.12 Wie ist das Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen?

Das Verhältnis von HMO plus zu den anderen Sozialversicherungen richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.

2.13 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.

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

3.2 Welche Altersgruppen bestehen?

Es bestehen folgende Altersgruppen:

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

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

3.3 Welche Kostenbeteiligung müssen Sie bezahlen?

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

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

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

3.4 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 gemäss dem in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) definiertem Verzugsszinssatz 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 volljährige Versicherte die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betreibungskosten nicht vollständig bezahlt haben, können sie den Versicherer nicht wechseln. Es sei denn, die Ausstände stammen aus der Zeit ihrer Minderjährigkeit.

3.5 Welche Leistungen sind nicht versichert?

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

3.6 Gebühren

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

4. Beitritt

4.1 Wie sind die Aufnahmebedingungen?

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

Der Wechsel von einer Versicherung ohne eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer zu HMO plus steht sämtlichen Versicherten mit Wohnsitz im Versicherungsgebiet von HMO plus offen und ist jederzeit möglich. Massgebend für die Zugehörigkeit zum Versicherungsgebiet ist der zivilrechtliche Wohnsitz.

5. Austritt

5.1 Welche Kündigungsfristen gelten?

Die ordentliche Kündigung von HMO plus kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist auf Ende des Kalenderjahres erfolgen. Die Kündigung muss dem Versicherer spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist zukommen. Vorbehalten bleiben die ausserordentlichen Kündigungsmöglichkeiten nach Artikel 7 Absatz 2 bis 4 KVG. Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Versicherung unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

5.2 Was geschieht bei Wohnsitzverlegung?

Bei Verlegung des Wohnsitzes an einen ausserhalb des Tätigkeitsgebietes von HMO plus liegenden Ort werden die Versicherten auf Anfang des Monats, welcher der Wohnsitzverlegung folgt, in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers überführt. Der Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet von HMO plus ist dem Versicherer innert Monatsfrist zu melden. Bei einem unterjährigen Wechsel in die ordentliche Grundversicherung bleibt die gewählte Jahresfranchise bestehen.

5.3 Was geschieht, wenn der gewählte Hausarzt das Vertragsverhältnis auflöst?

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

Bei einem unterjährigen Wechsel in die ordentliche Grundversicherung bleibt die gewählte Jahresfranchise bestehen.

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

Bei Auflösung des Vertrages zwischen dem Versicherer und der Gesundheitsorganisation fällt die Krankenpflegeversicherung HMO plus (KVG) dahin. Ohne anderslautende Mitteilung der versicherten Person führt dies automatisch zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers. Bei einem unterjährigen Wechsel in die ordentliche Grundversicherung bleibt die gewählte Jahresfranchise bestehen.

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

Ist die ärztliche Behandlung durch den gewählten 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 30 Tagen auf den Beginn eines Kalendermonats in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers überzuführen. Bei einem unterjährigen Wechsel in die ordentliche Grundversicherung bleibt die gewählte Jahresfranchise bestehen.

6. Datenschutz

6.1 Wie werden Personendaten bearbeitet?

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

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

Der Versicherer achtet auf Aktualität, Zuverlässigkeit und Vollständigkeit bekanntgegebener Personendaten.

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

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

6.2 Welche Daten werden weitergegeben?

Der Versicherer kann im erforderlichen und gesetzlich verlangten Umfang Daten 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.

Der Versicherer und die Gesundheitsorganisation übermitteln sich wechselseitig die administrativ notwendigen Daten über eine gesicherte Plattform. Der Versicherer übermittelt der Gesundheitsorganisation regelmässig Listen mit den eingeschriebenen Versicherten pro gewählten Hausarzt mit den dazugehörigen Versicherungsangaben der einzelnen versicherten Kunden sowie eine Übersicht über die medizinischen Leistungen, welche die bei einem Hausarzt der entsprechenden Gesundheitsorganisation eingeschriebenen Versicherten in Anspruch genommen haben. Die Gesundheitsorganisation übermittelt Visana regelmässig eine Übersicht der medizinischen Leistungen, welche nicht durch den gewählten Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum durchgeführt oder angeordnet wurden. Zudem übermittelt die Gesundheitsorganisation Visana regelmässig eine Übersicht der Versicherten, welche den Pflichten gemäss Ziff. 7.10 nicht nachgekommen sind.

7. Pflichten der Versicherten

7.1 Wie wählen Sie Ihren Hausarzt?

Die Versicherten wählen aus der Liste der HMO plus-Ärzte ihren Hausarzt. Dieser kann innerhalb eines Kalenderjahres auf Wunsch des Versicherten höchstens einmal unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf den Anfang eines Monats gewechselt werden.

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

7.2 Konsultationspflicht und Einhaltung von Anweisungen

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

Eine Partnerapotheke darf ohne vorgängige Absprache mit dem Hausarzt oder dem telemedizinischen Beratungszentrum aufgesucht werden.

7.3 Wie ist das Vorgehen bei Notfällen?

In einer Notfallsituation nehmen die Versicherten mit ihrem gewählten Hausarzt oder mit dem telemedizinischen Beratungszentrum Kontakt auf.

Wenn diese nicht erreichbar sind, gelangen sie an dessen Stellvertreter oder an die zuständige Notfallorganisation am Wohnort bzw. am Aufenthaltsort. Im Falle einer notfallmässigen Spi-

teleinweisung oder einer Behandlung durch einen Notfall-Arzt sind die Versicherten verpflichtet, ihren Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum innerhalb von 30 Tagen ab Eintritt des Notfalls zu orientieren und diesem einen Bericht des Notfallarztes zu übergeben.

7.4 Wie ist das Vorgehen bei stationären Behandlungen?

Die Versicherten sind verpflichtet, vor Einweisungen in Akutspitäler das Einverständnis des gewählten Hausarztes oder des telemedizinischen Beratungszentrums einzuholen (ausgenommen Notfall).

7.5 Welche Pflichten bestehen bei Zuweisungen zu Spezialärzten?

Falls Versicherte von ihrem gewählten Hausarzt respektive vom telemedizinischen Beratungszentrum an einen Spezialarzt überwiesen werden und dieser eine Behandlung bzw. Abklärung durch einen weiteren Arzt oder eine stationäre Einrichtung empfiehlt, so sind die Versicherten verpflichtet, ihren Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum darüber zu informieren und dessen Einverständnis einzuholen.

7.6 Benötigen Sie eine Bewilligung für Badekuren?

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

7.7 Welches Einsichtsrecht hat Ihr Hausarzt?

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

7.8 Pflicht zum Bezug von Generika und Biosimilars

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

Generika

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

Biosimilars

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

7.9 Bezug von Medikamenten, Hilfsmittel und Spitexleistungen bei bevorzugten Partnern

Medikamente

Die Erstabgabe von Medikamenten kann durch den behandelnden Arzt erfolgen. Bei Folge- oder Dauermedikation kann der Versicherer oder an seiner Stelle der gewählte Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum vorschreiben, bei welcher Apotheke die Medikamente zu beziehen sind. Die anerkannten Apotheken sind auf der Liste «HMO plus-Liste der anerkannten Apotheken» bezeichnet. Sie kann auf der Webseite von Visana eingesehen werden.

Hilfsmittel

Benötigt die versicherte Person im Rahmen ihres Behandlungsablaufes Mittel- und Gegenstände (Hilfsmittel), kann der Versicherer oder an seiner Stelle der gewählte Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum die versicherte Person verpflichten, diese bei einem bestimmten Leistungserbringer zu beziehen. Die anerkannten Leistungserbringer sind auf der «Liste der Hilfsmittel-Partner für HMO plus» bezeichnet. Die Liste kann auf der Webseite von Visana eingesehen werden.

Spitexleistungen

Benötigt die versicherte Person Leistungen einer Spitex-Organisation so ist sie verpflichtet, diese bei einer der Gesundheitsorganisation angeschlossenen Spitex-Organisation zu beziehen. Die anerkannten Leistungserbringer sind auf der «Liste der anerkannten Spitex-Organisationen für HMO plus» bezeichnet. Die Liste kann auf der Webseite von Visana eingesehen werden.

7.10 Disease- und Chronic-Care-Management-Programme

Die versicherte Person ist auf Anordnung des gewählten Hausarztes verpflichtet, sich Disease- oder Chronic-Care-Management-Programmen zu unterziehen. Die Programme und die durchführenden Leistungserbringer werden vom gewählten Hausarzt festgelegt.

8. Sanktionen bei Verletzung der Pflichten von HMO plus

8.1 Was geschieht, wenn Versicherte Ihren Pflichten nicht nachkommen?

Versicherte, welche sich nicht an die Pflichten gemäss Ziff. 7.2 bis 7.6 sowie Ziff. 7.8 und 7.9 dieser AVB halten, können vom Versicherer nach vorgängiger schriftlicher Mahnung wie folgt sanktioniert werden:

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

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

Kommt der Versicherte der Anordnung gem. Ziff. 7.10 nicht nach, dann erfolgt nach einer Bedenkzeit von 30 Tagen der Ausschluss aus HMO plus und eine Umteilung in die ordentliche Krankenpflegeversicherung.

9. Ergänzende Bestimmungen

9.1 Rechtliche Möglichkeiten für versicherte Personen

Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden, kann sie innert angemessener Frist verlangen, dass der Versicherer eine schriftliche Verfügung mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung erlässt.

Gegen eine Verfügung kann innerhalb von 30 Tagen beim Versicherer Einsprache erhoben werden. Der Versicherer prüft diese Einsprache und erlässt einen schriftlichen, begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.

Gegen den Einspracheentscheid vom Versicherer kann innerhalb von 30 Tagen beim kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist das Versicherungsgericht im Wohnkanton der versicherten Person bzw. des Beschwerde führenden Dritten. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem das Durchführungsorgan seinen Sitz hat (Art. 58 Abs. 2 ATSG). Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn der Versicherer entgegen einem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

Gegen den Entscheid eines kantonalen Versicherungsgerichts kann nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes (BGG) Beschwerde beim Bundesgericht erhoben werden.

9.2 Wer haftet bei Fehlbehandlung?

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

10. Erlass und Inkrafttreten

10.1 Wann treten die AVB in Kraft?

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 1.1.2026 in Kraft. Sie können vom Versicherer jederzeit geändert werden.