

Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

Krankenpflegeversicherung

Med Call (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

1. Grundsätze

1.1 Welche Rechtsgrundlagen gelten?

Die Versicherung Med Call ist eine Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Rechtsgrundlagen der Versicherung Med Call 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 bietet der Versicherer die Versicherung Med Call an?

Die Versicherer bieten die Versicherung Med Call in der ganzen Schweiz an.

1.4 Was ist die Versicherung Med Call?

Die Versicherung Med Call 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).

1.5 Auf welchem Prinzip basiert die Versicherung Med Call?

Die versicherten Personen oder an ihrer Stelle eine Drittperson treten in medizinischen Belangen, insbesondere vor Abmachung eines ersten Arztbesuches, telefonisch mit dem medizinischen Beratungszentrum in Kontakt. Das medizinische Beratungszentrum erbringt keine diagnostischen oder therapeutischen Leistungen, sondern beschränkt sich auf die medizinische Beratung und eine Empfehlung für die nächsten Behandlungsschritte, je nach Schwere der Erkrankung und Dringlichkeit des Gesundheitsproblems. Die versicherte Person ist frei, die Empfehlung zu befolgen oder nicht.

1.6 Welche Leistungen umfasst die Versicherung Med Call?

Die Versicherung Med Call umfasst die gesetzlichen Pflichtleistungen bei Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen sowie bei Mutterschaft.

1.7 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.

1.8 Können Sie eine frei wählbare Jahresfranchise abschliessen?

In der Versicherung Med Call ist der Abschluss einer frei wählbaren Jahresfranchise möglich. Die erhöhten Jahresfranchisen richten sich nach den Bestimmungen der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

1.9 Wo ist der Versicherer tätig?

Das Tätigkeitsgebiet der Versicherer umfasst die ganze Schweiz.

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 Call erbracht werden, richten sich ausschliesslich nach dem KVG.

2.2 Welche ambulanten Leistungen werden übernommen?

Die Versicherung Med Call übernimmt die Kosten der vom Arzt erbrachten resp. verordneten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, Heilmittel und Analysen, sofern deren Übernahme im KVG vorgesehen ist und diese die Kriterien gemäss KVG Artikel 32: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen.

2.3 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.

2.4 Wann müssen Sie Leistungen zurückerstatten?

Zu unrecht oder irrtümlich erbrachte Leistungen sind dem Versicherer zurückzuerstatten.

2.5 Wann beginnt der Leistungsanspruch?

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

2.6 Wo gilt die Versicherung?

Die Leistungen werden grundsätzlich für Behandlungen in der Schweiz erbracht.

2.7 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 Call 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).

2.8 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. Leistungsverzichtserklärungen sind dem Versicherer vor Unterzeichnung zu melden.

Die Versicherten sind verpflichtet, ihre Ansprüche gegenüber anderen Versicherungsträgern oder zahlungspflichtigen Dritten anzumelden.

2.9 Wie ist das Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen?

Das Verhältnis der Versicherung Med Call zu den anderen Sozialversicherungen richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.

2.10 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.

2.11 Wie erhalten Sie Ihre Vergütung?

Die Versicherten verpflichten sich, dem Versicherer ein schweizerisches Bank- oder Postkonto als Zahlungsadresse zu nen-

nen. 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 Call 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 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 Alter 18 bzw. 25 erreicht 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.

3.5 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?

Die Versicherung Med Call können alle Versicherten mit zivilrechtlichem Wohnsitz in der Schweiz abschliessen. Der Wechsel von der ordentlichen Grundversicherung in die Versicherung Med Call steht sämtlichen Versicherten mit Wohnsitz in der Schweiz offen und ist jederzeit auf den ersten des Monats möglich.

5. Austritt

5.1 Welche Kündigungsfristen gelten?

Die ordentliche Kündigung der Versicherung Med Call 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 Call durch den Versicherer?

Wird die Versicherung Med Call durch den Versicherer auf Ende eines Kalenderjahres in einem oder in mehreren Kantonen nicht mehr angeboten, 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.

6. Pflichten der Versicherten

6.1 Wie ist das Vorgehen bei Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen oder stationären Aufenthalten?

Die Versicherten sind verpflichtet, vor Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder stationären Aufenthalten, insb. vor Abmachung eines ersten Arztbesuches, das medizinische Beratungszentrum zu kontaktieren.

6.2 Gibt es Ausnahmen von dieser Verpflichtung?

Keine telefonische Kontaktaufnahme mit dem medizinischen Beratungszentrum 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
- g) Notfall

6.3 Was gilt als Notfall und was müssen Sie bei einem Notfall tun?

Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand einer Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich oder als unmittelbar behandlungsbedürftig eingeschätzt wird und es dem Ver-

sicherten nicht mehr möglich oder zumutbar ist, das medizinische Beratungszentrum vorgängig darüber zu informieren. In einem solchen Fall ist kein vorheriger Kontakt mit dem medizinischen Beratungszentrum erforderlich. Notfälle sind jedoch im Nachgang - zum frühest möglichen Zeitpunkt - dem medizinischen Beratungszentrum zu melden.

6.4 Was gilt bei einem Aufenthalt im Ausland?

Bei Inanspruchnahme von Leistungen während eines Aufenthalts im Ausland ist die Kontaktaufnahme mit dem medizinischen Beratungszentrum nicht zwingend.

7. Ergänzende Bestimmungen

7.1 Wie werden Personendaten bearbeitet?

Personendaten werden hauptsächlich bearbeitet, um 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 ihrer Produkte- und Dienstleistungen und zur Aufrechterhaltung eines sicheren, effizienten und wirtschaftlichen Betriebes. Die Leistungsabwicklung und das Inkasso umfassen elektronische Datenbearbeitungen, die als automatisierte Einzelentscheide eingestuft werden können. Telefongespräche mit unseren Mitarbeitenden können zur Sicherstellung einer einwandfreien Serviceleistung sowie zu Schulungszwecken aufgezeichnet werden.

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 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.

7.2 Welche Daten werden ausgetauscht?

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 erhält bei Med Call-Versicherungen besonders vom medizinischen Beratungszentrum diejenigen Personendaten, die er benötigt, um die ihm nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung übertragenen Aufgaben zu erfüllen. Insbesondere werden dabei Versichertennummer, Na-

me, Geburtsdatum, Geschlecht der versicherten Person sowie die betroffene Rechnungsnummer, Rechnungsbetrag, Behandlungszeitraum und ZSR-Nummer sowie Name des Leistungserbringers übermittelt, um dem Versicherer Controlling und Verstoßmanagement zu ermöglichen. Der Versicherer hält die anwendbaren Datenschutzbestimmungen, namentlich das schweizerische Datenschutzgesetz, und weitere gesetzliche Vorgaben, insbesondere Art. 84, 84a und 84b KVG ein. Der Versicherer übermittelt dem medizinischen Beratungszentrum regelmässig Listen mit den Med Call-Versicherten sowie die Versicherungsangaben der versicherten Kunden.

7.3 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.

7.4 Sanktionen bei Verletzung der Pflichten von Med Call

Versicherte, welche sich nicht an die Pflichten gemäss Art. 1.5 dieser AVB halten, können vom Versicherer nach vorgängiger schriftlicher Mahnung wie folgt sanktioniert werden:

- Nach zweiter Pflichtverletzung: Kürzung der gesetzlichen Leistungen um 50%.
- Nach dritter Pflichtverletzung: Verweigerung der Leistungsübernahme. Bereits bezahlte Rechnungen werden vom Versicherer zurückgefordert.
- Nach vierter Pflichtverletzung: Ausschluss aus der Versicherung Med Call 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. Erlass und Inkrafttreten

8.1 Wann treten die AVB in Kraft?

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

Sie können vom Versicherer jederzeit geändert werden.