

# Allgemeine Vertragsbedingungen (AVB)

## Krankenpflegeversicherung

### Combi Care (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

## I Allgemeine Bestimmungen

### 1. Grundlagen der Versicherung

Die Versicherung Combi Care ist eine Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Rechtsgrundlagen der Versicherung Combi Care 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 Vertragsbedingungen (AVB).

### 2. Gegenstand und Merkmale von Combi Care

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 den gewählten Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum.

Ausgenommen von der vorgängigen Konsultationspflicht sind die Sachverhalte gemäss Art. 8 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.

### 3. Wer gilt als Hausarzt

Als Hausarzt gilt jeder vom Versicherer anerkannte und zur Berufsausübung zugelassene, in der Grundversorgung tätige Facharzt FMH für allgemein innere Medizin oder Pädiatrie. Als Hausärzte gelten weiter vom Versicherer anerkannte Ärzte mit einer gleichwertigen Ausbildung. Anerkennt der Versicherer einen Arzt nicht mehr, teilt er dies 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.

### 4. Beitritt

Combi Care können alle Personen abschliessen, die ihren zivilrechtlichen Wohnsitz (Lebensmittelpunkt) in einem Kanton haben, in dem der Versicherer Combi Care anbietet. Der Wechsel

von der ordentlichen Grundversicherung in Combi Care steht sämtlichen versicherten Personen mit Wohnsitz in einem Kanton offen, in dem der Versicherer Combi Care anbietet und ist innerhalb des selben Versicherers jederzeit auf den Ersten eines Monats möglich.

## II Leistungen

### 5. Leistungsumfang

Die Versicherung Combi Care umfasst die gesetzlichen Pflichtleistungen bei Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen sowie bei Mutterschaft, sofern der festgelegte Behandlungsablauf und die Anweisungen (Pflichten) eingehalten wurden. Ausgenommen von dieser Pflicht sind die Sachverhalte gemäss Art. 8 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen. Eine Verletzung dieser Anweisungen (Pflichten) führt zu Sanktionen gemäss Art. 10 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.

#### 5.1 Ambulante Leistungen

Die ambulante Behandlung, Betreuung und Beratung in der Versicherung Combi Care wird grundsätzlich vom gewählten Hausarzt oder vom telemedizinischen Beratungszentrum erbracht.

Die Versicherung Combi Care übernimmt die Kosten der vom Hausarzt oder vom telemedizinischen Beratungszentrum erbrachten resp. verordneten diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, Heilmittel und Analysen, sofern deren Übernahme im KVG vorgesehen sind.

#### 5.2 Überweisungen

Auf Überweisung des Hausarztes oder des telemedizinischen Beratungszentrums können Spezialärzte oder andere Leistungserbringer beigezogen werden. Überweisungen des Hausarztes an weitere Leistungserbringer sind in jedem Fall dem telemedizinischen Beratungszentrum zu melden. Leistungen durch andere Leistungserbringer werden ohne Überweisung durch den Hausarzt oder durch das telemedizinische Beratungszentrum nur in Notfallsituationen und den gemäss Art. 8 vorgesehenen Ausnahmefällen übernommen. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen dringend eine Behandlung benötigt und der Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum aus Distanz- und/oder Zeitgründen nicht rechtzeitig erreicht werden kann.

#### 5.3 Stationäre Leistungen

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

Hausarzt bzw. das telemedizinische Beratungszentrum oder mit deren Einverständnis erfolgen.

#### 5.4 Leistungen im Ausland

Während eines Aufenthalts in den EU-Mitgliedstaaten, in Island oder Norwegen haben die versicherten Personen 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 die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich versicherte Personen zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben. Die Versicherung Combi Care übernimmt im Rahmen des Gesetzes die Kosten einer Entbindung im Ausland, wenn sie zum Erwerb der Staatsbürgerschaft im Ausland erfolgt. Die Leistungshöhe richtet sich nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Der Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum muss vor Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland nicht kontaktiert werden.

### 6. Kostenbeteiligung

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.

## III Pflichten und Anspruchsbegründung

### 7. 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 telemedizinischen Beratungszentrum oder ihrem Hausarzt Rücksprache zu nehmen. Wird die versicherte Person vom behandelnden Hausarzt zu einem anderen Arzt, ins Spital oder ins Pflegeheim überwiesen, so ist dies dem telemedizinischen Beratungszentrum zu melden.

Die Ärzte legen in Absprache mit der versicherten Person die geeignete Behandlung fest. Die Anweisungen sind für die versicherte Person verbindlich. Der Hausarzt bzw. das telemedizinische Beratungszentrum legt 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 telemedizinischen Beratungszentrums oder des Hausarztes einholen.

Eine Verletzung dieser Pflichten führt zu Sanktionen gemäss Art. 10 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.

### 8. Ausnahmen von der vorgängigen Konsultationspflicht

Bei Notfällen ist die vorgängige Kontaktaufnahme mit dem telemedizinischen Beratungszentrum oder dem Hausarzt nicht erforderlich.

Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen dringend eine Behandlung benötigt und der Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum aus Distanz- und/oder Zeitgründen nicht rechtzeitig erreicht werden

kann. Die versicherte Person ist verpflichtet, Notfallbehandlungen zum erstmöglichen Zeitpunkt dem telemedizinischen Beratungszentrum zu melden. Wird danach eine Nachbehandlung/Kontrolluntersuchung notwendig, so ist dies dem telemedizinischen Beratungszentrum vor Beginn der Nachbehandlung/Kontrolluntersuchung zu melden. Bei deren Einwilligung kann die Nachfolgebehandlung/Kontrolluntersuchung weiterhin beim notfallbehandelnden Leistungserbringer erfolgen. Erfolgt die Nachfolgebehandlung/Kontrolluntersuchung durch den gewählten Hausarzt, so ist keine Meldung an das telemedizinische Beratungszentrum notwendig.

Bei den folgenden Untersuchungen und Behandlungen ist eine vorgängige Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt oder dem telemedizinischen Beratungszentrum nicht zwingend:

- augenärztliche Untersuchungen und Behandlungen,
- gynäkologische Untersuchungen und Behandlungen sowie Kontrollen während und nach der Schwangerschaft,
- von Pädiater erbrachte und veranlasste Leistungen,
- zahnärztliche Behandlungen.

### 9. 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.

#### 9.1 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 Website des BAG oder Versicherers abgerufen werden. Wählt die versicherte Person ein auf der Generikalist des BAG geführtes Arzneimittel mit erhöhtem Selbstbehalt (20 %), für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, werden die Kosten des Originalmedikamentes nicht übernommen.

#### 9.2 Biosimilars

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

### 10. Sanktionen bei Verletzung der Pflichten von Combi Care

Regelverstösse nach Art. 2 (Gegenstand und Merkmale Combi Care), Art. 5 (Leistungsumfang), Art. 7 (Konsultationspflicht und Einhaltung von Anweisungen) sowie Art. 9 (Pflicht zum Bezug von Generika und Biosimilars) dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen werden wie folgt sanktioniert:

Bei wiederholtem reglementswidrigem Verhalten der versicherten Person ist der Versicherer berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von einem Monat auf das Ende eines Kalendermonats aus der Versicherung Combi Care auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers. Eine Wiederaufnahme in die Versicherung Combi Care ist nach einem Aus-

schluss frühestens auf das nächste Kalenderjahr wieder möglich.

Nimmt die versicherte Person ambulante oder stationäre Leistungen ohne Überweisung oder Einverständnis des Hausarztes oder des telemedizinischen Beratungszentrum in Anspruch, trägt sie sämtliche damit verbundenen Kosten selber, ausser beim Vorliegen einer Notfallsituation sowie in den Art. 8 erwähnten Ausnahmefällen.

Die Kostenübernahme durch die versicherte Person berechnet sich auf sämtlichen im Zusammenhang mit dem Regelverstoss bezogenen Leistungen. Die Sanktion gilt unabhängig vom Verschulden, dem Zeitpunkt und dem Alter der versicherten Person.

Generika/Biosimilars: Wählt die versicherte Person ein Originalmedikament, für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, werden die Kosten des Originalmedikamentes nicht übernommen.

## 11. Anspruchsbegründung

Der Anspruch auf ausstehende Leistungen oder Beiträge erlischt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung, und fünf Jahre nach dem Ende des Kalenderjahres, für welches der Beitrag geschuldet war (Art. 24 Abs. 1 ATSG).

Die Kostenbeteiligung richtet sich nach Art. 6 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.

## 12. Abtretung und Verpfändung von Leistungen

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

# IV Beginn und Ende der Versicherung

## 13. Versicherungsbeginn

Als Bestätigung des Versicherungsschutzes erhält die versicherte Person eine Police. Die Versicherung beginnt an dem in der Police aufgeführten Datum. Der Beitritt zu Combi Care richtet sich nach dem KVG und den dazugehörigen Verordnungsbestimmungen.

## 14. Versicherungsänderungen durch die versicherte Person

Der Wechsel zu einer tieferen wählbaren Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Krankenversicherer ist unter Einhaltung der gesetzlichen Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

Die Unfalldeckung kann auf Antrag der versicherten Person ausgeschlossen werden, wenn eine Unfallversicherung nach UVG (Bundesgesetz über die Unfallversicherung) nachgewiesen wird (Berufs- und Nichtberufsunfälle). Der Ausschluss erfolgt frühestens auf den 1. des dem Antrag folgenden Monats. Der Einschluss der Unfalldeckung erfolgt unmittelbar auf das Ende der Unfallversicherung nach UVG. Der Wegfall der Unfallversicherung ist dem Versicherer innert 30 Tagen zu melden.

## 15. Versicherungsänderungen durch den Versicherer

Ist die ärztliche Behandlung durch den gewählten Hausarzt oder das telemedizinische Beratungszentrum nicht mehr möglich, ist der Versicherer berechtigt, die versicherte Person unter

Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf Beginn des folgenden Kalendermonats in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers umzuteilen. Als Gründe dafür gelten insbesondere (Aufzählung nicht abschliessend):

- Auslandsaufenthalt der versicherten Person von länger als drei Monaten;
- Aufenthalt im Pflegeheim, in der Pflegeabteilung eines Altersheims oder einer Abteilung für chronisch Kranke eines Akutspitals;
- Langandauernder Aufenthalt von mehr als drei Monaten in einem Akutspital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik und dergleichen;
- Wenn sich die versicherte Person im Strafvollzug befindet;
- Bei Wegzug der versicherten Person aus dem Versorgungsgebiet des Versicherers;
- Bei Ausscheiden des Hausarztes ohne Nennung eines neuen wählbaren Hausarztes.

## 16. Austritt

Die ordentliche Kündigung der Versicherung Combi Care 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.

## 17. Aufhebung von Combi Care durch Versicherer

Wird die Versicherung Combi Care durch den Versicherer auf Ende eines Kalenderjahres aufgehoben, wird dies den versicherten Personen 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.

# V Prämien

## 18. Prämienzahlung und Fälligkeit

Die Prämien sind per Ende des Vormonats zur Zahlung fällig (Art. 90 KVV). Die Zahlungen können jährlich, halbjährlich, vierteljährlich, zweimonatlich oder monatlich erfolgen, wobei das Versicherungsjahr am 1. Januar beginnt.

Wird die Versicherung vorzeitig beendet, wird die nicht verbrauchte Prämie anteilmässig zurückerstattet.

Geschuldete Prämien dürfen von der versicherten Person nicht mit ausstehenden Leistungen verrechnet werden.

## 19. Zahlungsverzug

Zahlt eine versicherte Person fällige Prämien und Kostenbeteiligungen trotz Zahlungserinnerung nicht, so wird sie vom Versicherer gemahnt und es wird ihr eine Nachfrist von 30 Tagen zur Zahlung eingeräumt. Bezahlt 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.

Die Mahnungen erfolgen schriftlich.

Die Kosten des Betreibungsverfahrens und andere Spesen können den säumigen versicherten Personen auferlegt werden. Bei einer Mahnung oder Betreibung kann eine Umtriebsentschädigung erhoben werden.

Solange säumige versicherte Personen die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten nicht vollständig bezahlt haben, können sie den Versicherer nicht wechseln.

## VI Datenschutz

### 20. Datenschutz und Schweigepflicht

Alle Mitarbeitende des Versicherers unterstehen der gesetzlichen Schweigepflicht gemäss ATSG. Der Datenschutz richtet sich nach dem KVG und dem ATSG.

Der Versicherer kann, soweit dies erforderlich und gesetzlich zulässig ist, Daten an berechnigte Dritte (z.B. Leistungserbringer, andere Versicherer und Behörden) bekanntgeben, bzw. im gleichen Umfang bei diesen Daten einholen.

### 21. Datenaustausch

Der Versicherer erhält vom telemedizinischen Beratungszentrum diejenigen Personendaten, die er benötigt, um die ihm nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung übertragenen Aufgaben zu erfüllen, insbesondere um die korrekte Abwicklung der Combi Care-Versicherung zu gewährleisten. Dabei hält das telemedizinische Beratungszentrum die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des KVG, ATSG und des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1992 über den Datenschutz ein.

Der Versicherer übermittelt dem medizinischen Beratungszentrum regelmässig Listen mit den Combi Care-Versicherten sowie die Versicherungsangaben der versicherten Kunden.

## VII Rechtspflege

### 22. 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. 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.

## VIII Verschiedenes

### 23. Auszahlung von Leistungen

Die versicherten Personen verpflichten sich, dem Versicherer ein schweizerisches Bank- oder Postkonto als Zahlungsadresse zu nennen. Bei Unterlassung der Meldung gehen die Auszahlungskosten zu Lasten der versicherten Personen.

Ist der Versicherer aufgrund von Verträgen dem Leistungserbringer gegenüber Honorarschuldner, überweist er diesem seine Leistungen und stellt der versicherten Person die Kostenbeteiligung in Rechnung (System des Tiers payant).

Der Versicherer kann geschuldete Versicherungsleistungen bis zur Stellung des Betriebsbegehrens sowohl mit ausstehenden Prämienforderungen als auch mit ausstehenden Kostenbeteiligungen verrechnen.

### 24. Meldepflicht

Die versicherte Person ist verpflichtet, sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffende Änderungen (Namensänderungen, Wohnsitzwechsel, Wechsel des Hausarztes etc.) umgehend dem Versicherer zu melden. Sie haftet für entstandene Schäden, die aus verspäteter Meldung entstehen.

Als Zustelladresse für Mitteilungen an den Versicherer oder Anspruchs begründungen gegenüber dem Versicherer gilt die auf der Police aufgeführte Adresse.

### 25. Anpassung der Vertragsbedingungen

Änderungen der vorliegenden Allgemeinen Vertragsbedingungen werden in der Kundenzeitschrift des Versicherers veröffentlicht und auf dessen Website publiziert.

### 26. Inkrafttreten

Diese Allgemeinen Vertragsbedingungen treten per 1. Januar 2022 in Kraft. Sie sind auf der Website des Krankenversicherers publiziert. Sie können vom Versicherer jederzeit geändert werden.