

Besondere Bedingungen der Versicherung PrimaTel

RL

RLGM01-A3 – Ausgabe 01.04.2016

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Versicherungsmodell	Art. 7	Missachtung der Versicherungsgrundsätze
Art. 2	Beitritt	Art. 8	Übermittlung von Daten
Art. 3	Kündigung	Art. 9	Telefonische Beratung
Art. 4	Versicherungsgrundsätze	Art. 10	Prämien
Art. 5	Pflichten des Versicherten	Art. 11	Aufhebung oder Änderung des Versicherungsmodells
Art. 6	Abweichungen von den Versicherungsgrundsätzen	Art. 12	Inkrafttreten

Art. 1 Versicherungsmodell

Die Versicherung PrimaTel ist eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die eine eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer im Sinn von Artikel 41 KVG und Artikel 99 bis 101 KVV umfasst.

Art. 2 Beitritt

1. Jede Person, die ihren Wohnsitz in den Regionen hat, in denen die Versicherung PrimaTel angeboten wird, kann der Versicherung beitreten.
2. Der Beitritt kann jederzeit auf den ersten Tag eines Monats erfolgen, soweit einem Wechsel des Versicherungsmodells keine gesetzliche Frist entgegensteht.

Art. 3 Kündigung

Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer Kündigungsfrist gemäss Artikel 7 Absatz 1 und 2 KVG auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

Art. 4 Versicherungsgrundsätze

1. Die Versicherung PrimaTel verbindet das Prinzip der telefonischen Beratung vor einem Arztbesuch mit dem Hausarzt-Prinzip.
2. Die medizinische Beratung per Telefon wird vom medizinischen Call-Center durchgeführt, das vom Versicherer bezeichnet wird (nachstehend das medizinische Call-Center). Das medizinische Call-Center ist vor der Konsultation eines Leistungserbringers oder vor einer Behandlung der erste Ansprechpartner des Versicherten.
3. Die medizinischen Anweisungen sowie die vom medizinischen Call-Center bestimmte Behandlungskette und -dauer berücksichtigen die individuelle Situation des Versicherten und sind für diesen zwingend.
4. Wenn es sich im Verlauf des Beratungsgesprächs mit dem medizinischen Call-Center zeigt, dass eine Un-

tersuchung bei einem Allgemeinmediziner oder einem Pädiater notwendig ist, muss diese Untersuchung durch den vorgängig vom Versicherten gewählten Hausarzt durchgeführt werden.

5. Der Hausarzt stellt die medizinische Grundversorgung sicher, koordiniert die weitere Behandlung und leitet den Versicherten wenn nötig an einen anderen medizinischen Leistungserbringer weiter.
6. Wenn es sich im Verlauf des Beratungsgesprächs mit dem medizinischen Call-Center zeigt, dass eine Untersuchung bei einem anderen Arzt oder medizinischen Leistungserbringer notwendig ist, muss der Versicherte sich an die vom medizinischen Call-Center empfohlene Kategorie von Leistungserbringern halten.

Art. 5 Pflichten des Versicherten

1. Beitritt zur Versicherung PrimaTel

Der Versicherte wählt seinen Hausarzt frei unter allen Ärzten, die ihre Tätigkeit gemäss KVG in der Schweiz ausüben dürfen.

2. Vor der Beanspruchung von ärztlichen Leistungen

Der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter müssen mit dem medizinischen Call-Center Kontakt aufnehmen. Der Versicherte hält sich an die Anweisungen des medizinischen Call-Centers.

3. Konsultation des Hausarztes

- a. Sofern nicht anders vom medizinischen Call-Center empfohlen, konsultiert der Versicherte seinen Hausarzt, der die aufgrund des Gesundheitszustands erforderlichen therapeutischen Massnahmen ergreift (Grundversorgung).
- b. Falls der Hausarzt nicht erreichbar ist, muss der Versicherte dessen Vertreter oder wenn erforderlich den Notfalldienst kontaktieren. Der Versicherte muss das medizinische Call-Center innerhalb von

15 Tagen darüber informieren und den Namen des konsultierten Arztes angeben.

- c. Falls der Hausarzt den Versicherten an einen anderen Arzt oder medizinischen Leistungserbringer überweist, muss der Versicherte dem Versicherer eine Überweisungsbestätigung des Hausarztes zukommen lassen. Das Dokument belegt, dass die Behandlung vom Hausarzt verordnet wurde. Die Bestätigung muss dem Versicherer innerhalb von 15 Tagen seit Beginn der Behandlung beim anderen Arzt oder medizinischen Leistungserbringer zugestellt werden.

4. Bei einer Verlängerung der vom medizinischen Call-Center vorgegebenen Behandlungsdauer

Falls über die ursprünglich vom medizinischen Call-Center angewiesene Behandlungsdauer hinaus Konsultationen vorgesehen sind, muss der Versicherte das medizinische Call-Center vor dem Ende der ursprünglichen Behandlungsdauer darüber informieren.

5. Wechsel des Hausarztes

- a. Der Versicherte kann höchstens einmal pro Kalenderjahr seinen Hausarzt wechseln.
- b. Bei einem Wohnsitzwechsel kann er einen neuen Hausarzt wählen.
- c. Vor einer Konsultation bei einem neuen Hausarzt muss der Versicherte den Versicherer über den Wechsel des Hausarztes informieren.

Art. 6 Abweichungen von den Versicherungsgrundsätzen

1. Der Versicherte ist von seinen Verpflichtungen gemäss Artikel 5 Absatz 2 und 3 der vorliegenden Besonderen Bedingungen in folgenden Fällen befreit:
 - a. im Notfall
Ein Notfall besteht, wenn das Leben des Versicherten in Gefahr ist oder sein Gesundheitszustand eine notfallmässige Behandlung erfordert. Bei einer notfallmässigen Behandlung muss der Versicherte das medizinische Call-Center innerhalb von 15 Tagen nach der Behandlung informieren.
 - b. bei gynäkologischen Behandlungen und Kontrollen
 - c. für Behandlungen bei Schwangerschaft und Geburt
 - d. bei augenärztlichen Untersuchungen und Behandlungen
 - e. bei Kontrollen der Gesundheit und der Entwicklung von Kindern im Vorschulalter
 - f. bei zahnärztlichen Behandlungen
2. Während eines Auslandsaufenthalts ist der Versicherte zusätzlich von seiner Verpflichtung befreit, vorgängig seinen Hausarzt zu konsultieren, wenn er eine medizinische Behandlung braucht und eine Rückkehr in die Schweiz nicht angebracht ist. In diesem Fall muss die medizinische Behandlung innerhalb von 15 Tagen nach der Rückkehr in die Schweiz dem medizinischen Call-Center gemeldet werden.
3. Im Fall einer chronischen Krankheit entscheidet das medizinische Call-Center je nach individueller Situation des Versicherten, inwiefern die in Artikel 5 Absatz 2 und 3 genannten Verpflichtungen anwendbar sind.

Art. 7 Missachtung der Versicherungsgrundsätze

1. Verstösst der Versicherte mehr als zweimal pro Kalenderjahr gegen die Versicherungsgrundsätze und Pflichten der vorliegenden Besonderen Bedingungen, hat er die Kosten der nachfolgenden Behandlungen, die nicht den Versicherungsgrundsätzen und Pflichten des Versicherten entsprechen, vollständig selbst zu bezahlen.
2. Bei wiederholter Missachtung der Grundsätze und Verpflichtungen der vorliegenden Besonderen Bedingungen durch den Versicherten, kann der Versicherer den Versicherten mit einer Kündigungsfrist von 30 Tagen auf das Ende des Monats von der Versicherung PrimaTel ausschliessen.
Der Versicherte wird in der Folge je nach seiner Franchise in die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit ordentlicher oder wählbarer Franchise übertragen.

Art. 8 Übermittlung von Daten

Mit dem Beitritt zur Versicherung PrimaTel erlaubt der Versicherte die Übermittlung der für die Anwendung der Regeln von PrimaTel nötigen Verwaltungs-, Bearbeitungs- und Rechnungsdaten zwischen dem Versicherer und dem medizinischen Call-Center.

Art. 9 Telefonische Beratung

1. Die telefonische Beratung des medizinischen Call-Centers ist für den Versicherten kostenlos.
2. Die Mitarbeiter des medizinischen Call-Centers unterstehen der ärztlichen Schweigepflicht.
3. Ausschliesslich das medizinische Call-Center haftet für die medizinischen Anweisungen.
4. Die Telefongespräche werden vom medizinischen Call-Center aufgezeichnet und archiviert. Im Streitfall können die Aufzeichnungen des medizinischen Call-Centers als Beweismittel dienen.

Art. 10 Prämien

Im Rahmen der Versicherung PrimaTel kann ein Rabatt auf die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit ordentlicher oder wählbarer Franchise gewährt werden.

Art. 11 Aufhebung oder Änderung des Versicherungsmodells

Der Versicherer kann das Versicherungsmodell PrimaTel jederzeit aufheben oder ändern.

In diesem Fall wird der Versicherte je nach Franchise in die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit ordentlicher oder wählbarer Franchise umgeteilt.

Art. 12 Inkrafttreten

Diese Besonderen Versicherungsbedingungen werden ergänzt durch die zusätzlichen Ausführungsbestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG (AVB) und treten am 1. April 2016 in Kraft.