

Besondere Bedingungen der Versicherung OptiMed

RS

RSGM02-A1 – Ausgabe 01.01.2022

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Versicherungsmodell	Art. 7	Nichteinhaltung der Pflichten der versicherten Person
Art. 2	Beitritt	Art. 8	Übermittlung von Daten
Art. 3	Kündigung	Art. 9	Prämien
Art. 4	Versicherungsgrundsatz	Art. 10	Ende der Mitgliedschaft
Art. 5	Pflichten der versicherten Person	Art. 11	Aufhebung oder Änderung des Versicherungsmodells
Art. 6	Abweichungen vom Versicherungsgrundsatz	Art. 12	Inkrafttreten

Diese Besonderen Versicherungsbedingungen sind ergänzend zu den zusätzlichen Ausführungsbestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG (AVB) anwendbar. Das Ausgabedatum der Ausführungsbestimmungen ist auf dem Versicherungsausweis aufgeführt.

Art. 1 Versicherungsmodell

Die Versicherung OptiMed ist eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nach Art. 41 Abs. 4 und Art. 62 KVG sowie Art. 99 bis 101a KVV.

Art. 2 Beitritt

1. Jede Person mit Wohnsitz in den Regionen, in der die Versicherung OptiMed angeboten wird, kann der Versicherung beitreten.
2. Der Beitritt kann jederzeit erfolgen, soweit einem Wechsel des Versicherungsmodells keine gesetzliche Frist entgegensteht.

Art. 3 Kündigung

Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder einem anderen Versicherer ist auf das Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG vorgesehenen Frist möglich.

Art. 4 Versicherungsgrundsatz

Die Versicherung OptiMed basiert auf dem Hausarztprinzip. Als Hausarzt wird eine natürliche Person oder eine Gruppenpraxis verstanden. Dieser stellt die medizinische Grundversorgung sicher, koordiniert die weitere Behandlung und leitet die versicherte Person wenn nötig an einen anderen medizinischen Leistungserbringer weiter.

Art. 5 Pflichten der versicherten Person

1. Beim Beitritt zur Versicherung OptiMed wählt die versicherte Person einen im Rahmen der Versicherung OptiMed anerkannten Hausarzt und teilt dem Versicherer dessen Angaben mit.

Die Liste der im Rahmen der Versicherung OptiMed anerkannten Hausärzte ist auf der Webseite des Versicherers verfügbar.

2. In Abweichung von Abs. 1 kann beim Beitritt eines Kindes zur Versicherung OptiMed frei ein Hausarzt unter allen Ärzten, die ihre Tätigkeit gemäss KVG in der Schweiz ausüben dürfen, gewählt werden. Die entsprechenden Angaben werden dem Versicherer mitgeteilt.
3. Bei gesundheitlichen Problemen ist die versicherte Person verpflichtet, zuerst den Hausarzt zu konsultieren.
4. Für jegliche Konsultation bei einem anderen Arzt oder medizinischen Leistungserbringer, ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer eine Überweisungsbestätigung zuzustellen, die bestätigt, dass die Konsultation von ihrem Hausarzt angeordnet wurde.
5. Konsultiert die versicherte Person einen anderen Arzt als den Hausarzt, müssen die Kontrollen oder Behandlungen, die von diesem anderen Arzt an einen weiteren medizinischen Leistungserbringer delegiert wurden, schriftlich von diesem anderen Arzt bestätigt werden (Überweisungsbestätigung).
6. Jegliche Änderung des Hausarztes muss dem Versicherer von der versicherten Person vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt mitgeteilt werden.

Art. 6 Abweichungen vom Versicherungsgrundsatz

Die versicherte Person ist von den Pflichten, die in Art. 5 Abs. 3 bis 5 der vorliegenden Besonderen Bedingungen beschrieben sind, befreit:

- bei einem Notfall
Ein Notfall besteht, wenn der Zustand der versicherten Person durch ihn oder einen Dritten als lebensgefährlich erachtet wird oder wenn eine notfallmässige Behandlung angebracht scheint. Die versicherte Person muss den

Hausarzt innert 15 Tagen nach der Notfallkonsultation informieren;

- bei Untersuchungen und Behandlungen beim Gynäkologen
- bei Untersuchungen und Behandlungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt
- bei Untersuchungen und Behandlungen beim Augenarzt
- bei Untersuchungen und Behandlungen beim Kinderarzt
- bei Zahnbehandlungen
- bei der Nachsorge einer chronischen Erkrankung, unter der Bedingung, dass die versicherte Person dem Versicherer eine einmalige, von einem Arzt unterschriebene Bestätigung zukommen lässt.

Art. 7 Nichteinhaltung der Pflichten der versicherten Person

Nach zwei Mahnungen wegen Missachtung der Grundsätze gemäss Art. 5 der vorliegenden Besonderen Bedingungen durch die versicherte Person, kann der Versicherer die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Monats von der Versicherung OptiMed ausschliessen.

In einem solchen Fall wird die versicherte Person in das Standardmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übertragen. Die Franchise bleibt gleich.

Art. 8 Übermittlung von Daten

1. Um die versicherte Person identifizieren und eine allfällige Leistungsvergütung berechnen zu können, stellt der Versicherer dem Hausarzt und allfälligen von ihm beauftragten Dritten folgende administrativen Informationen zur Verfügung: Name, Vorname, Versichertennummer, Sozialversicherungsnummer, Nummer und Gültigkeit der Versicherungskarte, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse, Angaben des Hausarztes, Angaben allfälliger vom Hausarzt beauftragten Dritten sowie des Pflegenetzes, dem er angehört, Angaben der Leistungserbringer und Verschreiber, Rechnungsdaten und -nummern, Zahlungsdaten, Behandlungsdaten, Fallart, Kostenart, Betrag der Behandlungen, Anzahl Nichteinhaltungen der Pflichten der versicherten Person, Versicherungsdauer, Versicherungsdeckung und vorheriger Versicherer.
2. Damit der Versicherer die Einhaltung der Pflichten der versicherten Person gemäss Art. 5 der vorliegenden Besonderen Bedingungen beurteilen kann, übermittelt ihm der Hausarzt und allfällige von ihm beauftragte Dritte die nötigen Angaben wie Datum und Uhrzeit der Konsultation, Art der abgegebenen medizinischen Empfehlung, Kategorie des empfohlenen Leistungserbringers und Behandlungszeitraum.
3. Bei einer Reklamation der versicherten Person können der Hausarzt und der Versicherer Informationen über die versicherte Person austauschen, insbesondere Angaben zum Inhalt der Konsultationen. Diese Informationen können sensible Daten enthalten.
4. Der Versicherungsvertrag unterliegt dem Datenschutzgesetz (DSG), nach dem sich der Hausarzt sowie allfällige von ihm beauftragte Dritte bei der Datenverarbeitung richten.

Art. 9 Prämien

Im Rahmen der Versicherung OptiMed kann eine Verminderung der Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit ordentlicher oder wählbarer Franchise gewährt werden.

Art. 10 Ende der Mitgliedschaft

1. Die Mitgliedschaft bei der Versicherung OptiMed endet, wenn:
 - die versicherte Person ihren Wohnsitz in eine Region verlegt, in der OptiMed nicht angeboten wird
 - der von der versicherten Person gewählte Hausarzt die erforderlichen Behandlungen nicht mehr koordinieren kann (aufgrund des Gesundheitszustands der versicherten Person, insbesondere bei einem Aufenthalt der versicherten Person in einem Pflegeheim, oder aus jeglichem anderen Grund)
2. In einem solchen Fall wird die versicherte Person in das Standardmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übertragen. Die Franchise bleibt gleich. Die versicherte Person kann mit dem Versicherer vereinbaren, ihren Versicherungsschutz mit einem Versicherungsmodell ihrer Wahl unter den Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer weiterzuführen. Die Franchise bleibt gleich.
3. Ein versichertes Kind, dessen Hausarzt im Rahmen der Versicherung OptiMed nicht anerkannt ist, muss dem Versicherer vor dem Ende des Kalenderjahres, in dem es 18 Jahre alt wird, die Angaben eines gemäss Art. 5 Abs. 1 der vorliegenden Bedingungen anerkannten Hausarztes mitteilen. Ohne Mitteilung vonseiten des Kindes wird es im Folgejahr in ein ähnliches Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers oder, bei Fehlen, ins Standardmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übertragen.

Art. 11 Aufhebung oder Änderung des Versicherungsmodells

1. Der Versicherer kann die Versicherung OptiMed jederzeit ändern oder einstellen.
2. Bei der Aufhebung der Versicherung wird die versicherte Person in ein ähnliches Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers oder, bei Fehlen, in das Standardmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übertragen. Die Franchise bleibt gleich.

Art. 12 Inkrafttreten

Diese Besonderen Versicherungsbedingungen treten am 1. Januar 2022 in Kraft.