2209-03

ALLGEMEINE VERSICHERUNGS-BEDINGUNGEN (AVB KVG)

Ausgabe 1. Januar 2024

FÜR DIE VERSICHERUNGEN NACH KRANKENVERSICHERUNGS-GESETZ (KVG)

INHALTSVERZEICHNIS

2 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Versicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)

3 Obligatorische Krankenpflegeversicherung

5 Taggeld KVG

9 TelFirst

12 HMO

15 CareMed

18 FlexCare

21 SmartCare

Bitte diese Unterlagen mit der Versicherungspolice aufbewahren

atupri
Der Gesundheitsversicherer

atupri.ch

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN (AVB)
FÜR DIE VERSICHERUNGEN NACH KRANKENVERSICHERUNGSGESETZ (KVG)

Ausgabe 1. Januar 2024

INHALTSVERZEICHNIS

A ALLGEMEINES

I Grundlagen
1 Rechtsgrundlagen 3
2 Geltungsbereich 3
3 Männliche/weibliche Form 3

II Versicherungsverhältnis
4 Abschluss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 3
5 Abschluss der Versicherung Taggeld KVG 3
6 Versicherungsantrag 3

III Verschiedene Bestimmungen
7 Zahlungsbedingungen 3
8 Zahlungsverkehr 3
9 Anzeige- und Meldepflichten 3

B OBLIGATORISCHE KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG

I Allgemeines
10 Grundlagen 3
11 Unfallrisiko 4
11a Prämien 4
12 Prämienrückvergütung bei Militärdienst 4
13 Leistungen bei Auslandaufenthalt 4
14 Wechsel des Versicherers 4

II Kostenbeteiligung
15 Arten der Kostenbeteiligung 4
16 Ausnahmen von der Kostenbeteiligung 5
17 Ordentliche Franchise 5

III Wählbare Franchise
18 Grundsatz 5
19 Abschluss und Wechsel 5
20 Wählbare Beträge 5

IV Verschiedene Bestimmungen über die Kostenbeteiligung
21 Höchstbetrag 5

C TAGGELD KVG

I Allgemeines
22 Grundlagen und Zweck der Versicherung 5
23 Kranken- und Unfalltaggeld 5
24 Wartefristen 5
25 Zulässige Versicherungen 5

II Versicherungsverhältnis
26 Versicherungsantrag 6
27 Versicherungsvorbehalt 6
28 Anzeigepflichtverletzung 6
29 Erhöhung der Versicherung 6
30 Umwandlung der Versicherung 6
31 Reduktion, Kündigung sowie Erlöschen der Versicherung 6

III Prämien
32 Festsetzung der Prämien 6

IV Leistungen
33 Leistungsvoraussetzungen 6
34 Leistungsbeginn und Anrechnung der Wartefrist 7
35 Leistungsdauer 7
36 Teilweise Arbeitsunfähigkeit 7
37 Überentschädigung 7
38 Mutterschaft 7
39 Anspruch im Ausland 7
40 Versicherungsdeckung nach dem vollendeten 65. Altersjahr 7

D SCHLUSSBESTIMMUNGEN
41 Verrechnung 7
42 Schweigepflicht, Datenschutz 7
43 Rechtspflege 8
44 Anwendung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) 8

A ALLGEMEINES

I Grundlagen

1 Rechtsgrundlagen

Rechtsgrundlagen für diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bilden die folgenden Gesetze und ihre Ausführungsbestimmungen:
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
- Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die Krankenversicherung (KVAG)
- Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)

2 Geltungsbereich

Diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten für die von der Atupri Gesundheitsversicherung AG (nachfolgend Atupri genannt) nach den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) geführten Versicherungen.

3 Männliche / weibliche Form

Die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen und umgekehrt.

II Versicherungsverhältnis

4 Abschluss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Versichern können sich Personen mit Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet von Atupri nach den Bestimmungen der Artikel 1 bis 6 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

5 Abschluss der Versicherung Taggeld KVG

5.1 Versichern können sich Personen, die das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt haben und in der Schweiz wohnhaft oder erwerbstätig sind.

5.2 Personen, die aus einer Taggeldversicherung ausgesteuert wurden, können keine Versicherung Taggeld KVG mehr abschliessen.

6 Versicherungsantrag

6.1 Der Antrag auf Versicherung hat schriftlich oder in der dafür vorgesehenen elektronischen Form zu erfolgen. Die im Versicherungsantrag gestellten Fragen sind wahrheitsgetreu und vollständig zu beantworten. Für eine nicht handlungsfähige Person ist der Versicherungsantrag durch deren gesetzlichen Vertreter zu stellen.

6.2 Fragen zum Gesundheitszustand müssen nur beim Abschluss der Versicherung Taggeld KVG sowie beim Antrag von Zusatzversicherungen nach VVG beantwortet werden.

III Verschiedene Bestimmungen

7 Zahlungsbedingungen

7.1 Die Prämien sind im Voraus in der Regel monatlich zahlbar und werden je nach Zahlungsverfahren am ersten Monatstag einer Zahlungsperiode fällig. Atupri kann andere Zahlungsverfahren anbieten.

7.2 Bei Beginn oder Ende der Versicherung im Verlauf eines Monats sind die Prämien anteilmässig entsprechend der Anzahl versicherter Tage geschuldet.

7.3 Die durch die Rückstände in der Prämienzahlung und den Kostenbeteiligungen verursachten Kosten wie Mahnspesen, Inkasso- und weitere Bearbeitungsgebühren gehen zulasten der versicherten Person.

8 Zahlungsverkehr

8.1 Die Verrechnung von Prämien, Kostenbeteiligungen, Rückerstattungen und anderen Guthaben erfolgt mit dem üblichen Zahlungsverkehr. Atupri kann beim Prämieninkasso Ausnahmen vorsehen.

8.2 Atupri nimmt Auszahlungen von Guthaben des Versicherungsnehmers ausschliesslich über ein Bank- oder Postkonto vor. Eine entsprechende Kontoverbindung ist Atupri rechtzeitig bekannt zu geben.

8.3 Gebühren, die Atupri durch Einzahlungen am Postschalter entstehen, kann Atupri ganz oder teilweise der versicherten Person weiterverrechnen.

9 Anzeige- und Meldepflichten

9.1 Bei Unfällen hat die versicherte Person unverzüglich eine Unfallmeldung einzureichen, die Auskunft gibt über:
- Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalls
- den behandelnden Arzt oder das Spital
- allfällige betroffene Haftpflichtige und Versicherer

Die entsprechenden Unfallmeldungen sind elektronisch verfügbar oder können beim Service Center angefordert werden.

9.2 Die versicherte Person hat Atupri sämtliche Angaben zu machen, die diese für die Festsetzung der Leistungen benötigt. Dazu gehört auch die Einreichung von allfälligen Verfügungen anderer Sozialversicherer und von Belegen allfälliger Privatversicherer.

9.3 Die versicherte Person hat Atupri über Art und Ausmass aller Leistungen zu orientieren, die sie bei Krankheit oder Unfall von leistungspflichtigen Dritten aus unerlaubter Handlung, Vertrag oder Gesetz beanspruchen kann oder ausbezahlt erhält.

9.4 Die versicherte Person ist verpflichtet, sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffenden Änderungen ihrer persönlichen Verhältnisse (z.B. Wohnsitzwechsel, Kontoverbindung) umgehend Atupri zu melden. Sie haftet für Nachteile oder Schäden, die aus verspäteter Meldung entstehen.

B OBLIGATORISCHE KRANKENPFLEGEVERSICHERUNG

I Allgemeines

10 Grundlagen

10.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (nachfolgend Grundversicherung genannt) wird nach den Gesetzen KVG und KVAG und deren Ausführungsbestimmungen geführt. Der Leistungsumfang richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen und umfasst die folgenden Risiken:

– Krankheit
– Mutterschaft
– Unfall, sofern nicht ein anderer Unfallversicherer leistungspflichtig ist

10.2 Atupri bietet in der Grundversicherung folgende Versicherungsformen gemäss den Bestimmungen des KVG an:
– Standard
– TelFirst
– HMO
– CareMed
– FlexCare
– SmartCare

10.3 TelFirst, HMO, CareMed, FlexCare und SmartCare gelten als besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Es gilt jeweils der separate Anhang zu den vorliegenden AVB.

10.4 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen gemäss Artikel 18 bis 20 gilt ebenfalls als besondere Versicherungsform. Sie kann für alle Versicherungsformen gemäss Absatz 2 abgeschlossen werden.

11 Unfallrisiko

11.1 Ist das Unfallrisiko versichert, werden bei Unfall die gleichen Leistungen ausgerichtet wie bei Krankheit.

11.2 Versicherte Personen, die für Berufs- und Nichtberufsunfall gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch versichert sind, können die Sistierung der Unfalldeckung beantragen. Diese Unfalldeckung ist durch einen entsprechenden Nachweis zu belegen. Die Sistierung beginnt frühestens am ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats.

11.3 Erlischt die Deckung gemäss UVG, so hat die versicherte Person dies Atupri innerhalb eines Monats schriftlich mitzuteilen.

11a Prämien

11a.1 Der Prämientarif ist aufgrund des Ausgabenumlageverfahrens Änderungen unterworfen und wird in der Regel auf Beginn des Kalenderjahres neu festgesetzt. Die von der Aufsichtsbehörde bewilligte neue Prämie muss der versicherten Person in jedem Fall mindestens zwei Monate vor Inkrafttreten mitgeteilt werden.

11a.2 Massgebend für die Prämie ist der Wohnort der versicherten Person.

11a.3 Der Wohnort ist der Aufenthaltsort, an welchem die versicherte Person längere Zeit effektiv lebt und der nach ihrem Willen während einer gewissen Zeit aufrechterhalten bleiben soll – ohne dass sie dort notwendigerweise ihren Wohnsitz gemäss Zivilgesetz (ZGB) hat.

11a.4 Bewirkt der Wechsel des Wohnortes eine Prämienänderung, wird diese auf Beginn des dem Wohnortwechsel folgenden Monats wirksam. Eine Prämienanpassung infolge Wohnortänderung berechtigt nicht zum Wechsel des Versicherers gemäss Artikel 14.2.

12 Prämienrückvergütung bei Militärdienst

Für versicherte Personen, die während mehr als 60 aufeinanderfolgenden Tagen der Militärversicherung unterstellt sind, wird auf Antrag die Versicherungspflicht der Grundversicherung sistiert. Das Datum des Dienstantritts ist Atupri mindestens acht Wochen zum Voraus mitzuteilen, um ab Beginn des Militärdienstes von den Prämien befreit zu sein.

13 Leistungen bei Auslandaufenthalt

13.1 Atupri übernimmt im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist.

13.2 Begibt sich eine versicherte Person zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft ins Ausland, werden keine Leistungen erbracht. Die gesetzlich vorgesehenen Ausnahmeregelungen bleiben vorbehalten.

14 Wechsel des Versicherers

14.1 Der Wechsel des Versicherers kann durch die versicherte Person, unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist, per Ende Juni oder Ende Dezember eines Jahres mittels Kündigung erklärt werden.

14.2 Bei Mitteilung der neuen Prämie gemäss Artikel 11a.1 kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

14.3 Die Kündigung ist nur gültig, wenn sie schriftlich sowie frist- und termingerecht erfolgt. Die Kündigung gilt dann als fristgerecht erfolgt, wenn sie am letzten Arbeitstag vor Beginn der Kündigungsfrist zur üblichen Geschäftszeit bei Atupri eingetroffen ist.

14.4 Solange säumige Versicherte die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreibungskosten nicht vollständig bezahlt haben, können sie in Abweichung der Absätze 1 und 2 den Versicherer nicht wechseln.

14.5 Abweichende Bestimmungen in den besonderen Versicherungsformen gehen diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor.

II Kostenbeteiligung

15 Arten der Kostenbeteiligung

15.1 Die versicherten Personen haben sich an den Pflegekosten für Krankheit und Unfall zu beteiligen mit:
– einem festen Betrag je Kalenderjahr (Franchise)
– einem Selbstbehalt von mindestens 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten
– einem täglichen Beitrag von CHF 15.– an die Kosten des Aufenthaltes im Spital

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

15.3 Bei Wechsel des Versicherers im Verlaufe eines Kalenderjahres rechnet Atupri die in diesem Jahr

bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an.

16 Ausnahmen von der Kostenbeteiligung

16.1 Für versicherte Personen bis zum vollendeten 19. Altersjahr wird ein fester Betrag je Kalenderjahr nur erhoben, falls eine wählbare Franchise gemäss Artikel 20 vereinbart ist.

16.2 Auf den Leistungen für Mutterschaft wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

17 Ordentliche Franchise

Die ordentliche Franchise für Erwachsene beträgt CHF 300.– pro Kalenderjahr.

III Wählbare Franchise

18 Grundsatz

Die Versicherung mit wählbarer Franchise gilt als besondere Versicherungsform der Grundversicherung im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung und der dazugehörenden Verordnungen.

19 Abschluss und Wechsel

19.1 Der Abschluss der Versicherung mit wählbarer Franchise steht allen versicherten Personen offen.

19.2 Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

19.3 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres sowie gemäss Artikel 14.2 möglich.

19.4 Wechselt die versicherte Person den Versicherer gemäss Artikel 14.2 während des Kalenderjahres, so behält sie die beim bisherigen Versicherer gewählte Franchise, sofern der übernehmende Versicherer diese Versicherungsform führt.

20 Wählbare Beträge

20.1 Gegen eine Reduktion der Prämien können sich versicherte Personen für eine höhere Franchise entscheiden.

20.2 Atupri bietet folgende wählbare Franchisen für versicherte Personen ab dem vollendeten 19. Altersjahr an: CHF 500.–, CHF 1000.–, CHF 1500.–, CHF 2000.– und CHF 2500.–.

20.3 Atupri bietet folgende wählbare Franchisen für versicherte Personen bis zum vollendeten 19. Altersjahr an: CHF 100.–, CHF 200.–, CHF 400.– und CHF 600.–.

20.4 Die Reduktionen sind so bemessen, dass die Prämie der Versicherung mit der höchsten wählbaren Franchise mindestens 50 Prozent der Prämie beträgt, die bei ordentlicher Franchise mit Unfalldeckung erhoben wird; massgebend sind dabei die Altersgruppe und die Prämienregion der versicherten Person. Im Weiteren entspricht die Prämienreduktion höchstens 70 Prozent des von der versicherten Person mit der Wahl der höheren Franchise übernommenen zusätzlichen Risikos, das heisst der Differenz zwischen der entsprechenden wählbaren Franchise und der ordentlichen Franchise.

IV Verschiedene Bestimmungen über die Kostenbeteiligung

21 Höchstbetrag

21.1 Der jährliche Höchstbetrag für die Kostenbeteiligung beläuft sich für versicherte Personen ab dem vollendeten 19. Altersjahr auf CHF 700.– für den Selbstbehalt, zuzüglich des Betrages der ordentlichen bzw. der gewählten Franchise. Der tägliche Beitrag an die Spitalkosten von CHF 15.– ist zusätzlich zu entrichten.

21.2 Für versicherte Personen bis zum vollendeten 19. Altersjahr beläuft sich der jährliche Höchstbetrag auf CHF 350.– zuzüglich des Betrages einer allfällig gewählten Franchise.

21.3 Sind von einer Familie mehrere Personen unter dem vollendeten 19. Altersjahr bei Atupri versichert, so sind für sie zusammen höchstens die ordentliche Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

21.4 Werden in einer Familie für Personen bis zum vollendeten 19. Altersjahr Franchisen gewählt, beträgt die gesamte Kostenbeteiligung für diese Personen zusammen maximal das Zweifache der höchsten gewählten Franchise, zuzüglich des Höchstbetrages des Selbstbehaltes je Kind.

C TAGGELD KVG

I Allgemeines

22 Grundlagen und Zweck der Versicherung

22.1 Die Versicherung Taggeld KVG wird nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sowie nach dem Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die Krankenversicherung (KVAG) betrieben.

22.2 Die Versicherung Taggeld KVG deckt den Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit, der durch Krankheit, Mutterschaft oder Unfall entsteht.

23 Kranken- und Unfalltaggeld

Wahlweise kann die Versicherungsdeckung für die Risiken Krankheit inklusive Mutterschaft mit oder ohne Einschluss des Unfallrisikos abgeschlossen werden.

24 Wartefristen

Es können Wartefristen von 2, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180 oder 360 Tagen gewählt werden.

25 Zulässige Versicherungen

25.1 In der Versicherung Taggeld KVG kann ein Betrag von höchstens CHF 30.– pro Tag versichert werden. Das Mindesttaggeld beträgt CHF 10.– pro Tag, die Bestimmungen über die Versicherungsdeckung nach dem 65. Altersjahr gemäss Artikel 40.1 bleiben vorbehalten.

25.2 Für Nichterwerbstätige ist ein Höchstbetrag von CHF 10.– pro Tag zulässig.

25.3 Ausserhalb von Atupri bestehende Versicherungen werden an den zulässigen Höchstbetrag angerechnet.

II Versicherungsverhältnis

26 Versicherungsantrag

Atupri kann vom Antragsteller ein ärztliches Zeugnis oder eine vertrauensärztliche Untersuchung verlangen. Sie trägt die Kosten und kann den Arzt bestimmen.

27 Versicherungsvorbehalt

27.1 Krankheiten, Gebrechen oder Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss bestehen, werden von der Versicherung ausgeschlossen (Versicherungsvorbehalt). Ein Vorbehalt wird ferner angebracht für frühere Krankheiten und Unfälle, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können.

27.2 Der Vorbehalt gilt ab Beginn der Versicherung; er fällt nach Ablauf von 5 Jahren ohne Weiteres dahin. Die versicherte Person kann vor Ablauf dieser Frist mit einem ausführlichen Zeugnis den Nachweis erbringen, dass der Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.

27.3 Der Versicherungsvorbehalt wird der versicherten Person mit Beginn und Ende der Vorbehaltsfrist schriftlich mitgeteilt.

28 Anzeigepflichtverletzung

Hat der Antragsteller auf dem Versicherungsantrag schuldhaft unwahre oder unvollständige Angaben über Krankheiten oder Unfallfolgen gemacht, kann Atupri nachträglich einen rückwirkenden Vorbehalt anbringen.

29 Erhöhung der Versicherung

Für die Erhöhung der Versicherung werden die Bestimmungen über den Versicherungsabschluss gemäss Artikel 26 bis 28 sinngemäss angewandt.

30 Umwandlung der Versicherung

30.1 Die Umwandlung der Taggeldsummen und Wartefristen in der bestehenden Taggeldversicherung unter Beibehaltung der bisherigen Altersgruppe ist möglich, wenn sich dadurch die zu bezahlende Prämie nicht erhöht.

30.2 Wenn die Wartefrist dem bisherigen arbeitsvertraglich festgelegten Lohnfortzahlungsanspruch entspricht, können Arbeitnehmer
- bei Änderung des Arbeitsvertrages die Wartefrist um die Dauer einer wegfallenden Lohnfortzahlung reduzieren oder
- bei Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit die Wartefrist auf 30 Tage verkürzen.

Die Gesuche müssen innert 3 Monaten nach Eintreten des Änderungsgrundes eingereicht werden. Innert dieser Frist wird die Reduktion der Wartefrist ungeachtet des Alters und des Gesundheitszustandes gewährt.

30.3 Versicherte Personen können bei Arbeitslosigkeit ihre bestehende Taggeldversicherung in der bisherigen Höhe, unabhängig vom Gesundheitszustand, in eine Versicherung mit 30 Tagen Wartefrist umwandeln.

31 Reduktion, Kündigung sowie Erlöschen der Versicherung

31.1 Unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist kann jede versicherte Person auf Ende eines Monats schriftlich die Versicherung Taggeld KVG kündigen bzw. die bestehende Versicherung reduzieren.

31.2 Eine versicherte Person kann jedoch schriftlich auf Ende eines Monats die Versicherung kündigen, sofern eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:
- dauernde Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland
- Prämienerhöhung in der Taggeldversicherung
- Übertritt in eine Taggeldversicherung des Arbeitgebers

31.3 Bei voraussichtlich dauernder Überversicherung ist die versicherte Person oder Atupri berechtigt, die bestehende Taggeldversicherung herabzusetzen.

31.4 Die Versicherung erlischt automatisch, wenn die maximale Leistungsdauer erreicht ist, spätestens bei Vollendung des 70. Altersjahres.

31.5 Die Reduktion der Versicherungsdeckung nach vollendetem 65. Altersjahr ist in Artikel 40 geregelt.

III Prämien

32 Festsetzung der Prämien

32.1 Die Prämien werden bis zum 25. Altersjahr nach dem jeweiligen Lebensalter festgelegt.

32.2 Ab dem 26. Altersjahr werden die Prämien nach dem Eintrittsalter festgelegt; als Mindesteintrittsalter gilt die Altersgruppe 26 bis 30.

32.3 Bei Erhöhung der Versicherung wird das bestehende Taggeld grundsätzlich in der bisherigen Altersgruppe weitergeführt. Zur Festlegung der Altersgruppe für das zusätzliche Taggeld ist das Lebensalter massgebend. Die Bestimmungen gemäss Artikel 30 bleiben vorbehalten. Spezialfälle, insbesondere mehrmalige Erhöhungen, regelt die Geschäftsleitung.

IV Leistungen

33 Leistungsvoraussetzungen

33.1 Die versicherte Person hat ihre Arbeitsunfähigkeit spätestens innert 5 Tagen nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist zu melden. Innert weiterer 3 Tage ist eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes oder des Chiropraktors einzureichen.

33.2 Bei verspäteter Einreichung besteht frühestens ab Eingang des ärztlichen Zeugnisses Anspruch auf das versicherte Taggeld.

33.3 Die versicherte Person hat den Nachweis von ungedecktem Verdienstausfall zu erbringen.

33.4 Nach Abschluss der Arbeitsunfähigkeit oder nach Änderung des Arbeitsunfähigkeitsgrades ist Atupri unverzüglich eine Bestätigung über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.

33.5 Beanspruchen versicherte Personen Versicherungs-

leistungen, haben sie alle Personen und Stellen, namentlich Arbeitgeber, Ärztinnen und Ärzte, Versicherungen sowie Amtsstellen im Einzelfall zu ermächtigen, diejenigen Auskünfte zu erteilen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen notwendig sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet.

34 Leistungsbeginn und Anrechnung der Wartefrist

34.1 Der Anspruch auf Taggelder beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist.

34.2 Die Wartefrist wird bei der Leistungsausrichtung einmal innert 365 Tagen berechnet.

35 Leistungsdauer

35.1 Das versicherte Taggeld wird während maximal 720 im Verlaufe von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausgerichtet. Für versicherte Personen nach Vollendung des 65. Altersjahres ist Artikel 40 massgebend. Wartefristen von 30 und mehr Tagen werden an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

35.2 Bei Ausrichtung von reduziertem Taggeld gemäss Artikel 36 wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während der in Absatz 1 vorgesehenen Dauer geleistet. Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten.

35.3 Bei Kürzung des Taggeldes gemäss Artikel 37 (Überentschädigung) hat die arbeitsunfähige versicherte Person Anspruch auf den Gegenwert von 720 vollen Taggeldern. Die Fristen für den Bezug des Taggeldes verlängern sich entsprechend der Kürzung.

35.4 Die versicherte Person darf nicht durch Verzicht auf Leistungen die Aussteuerung aus der Versicherung verhindern.

36 Teilweise Arbeitsunfähigkeit

36.1 Das Taggeld wird grundsätzlich bei ärztlich bestätigter teilweiser Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 Prozent anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit ausgerichtet. Während maximal 90 Kalendertagen innerhalb der ordentlichen Genussberechtigung gemäss Artikel 35 wird es ab 25 Prozent gewährt; dies jedoch nur im Anschluss an eine mindestens 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit.

36.2 Bei Arbeitslosigkeit gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

37 Überentschädigung

37.1 Anspruch auf Taggeldleistung besteht nur in dem Masse, als der versicherten Person kein Versicherungsgewinn erwächst.

37.2 Als Versicherungsgewinn gelten die Leistungen, welche die Deckung des Verdienstausfalles der versicherten Person übersteigen. Leistungen anderer Versicherer werden bei der Ermittlung eines allfälligen Versicherungsgewinnes angerechnet.

37.3 Versicherten Personen, die keinen Nachweis über ungedeckten Verdienstausfall erbringen können, wird ein Taggeld von höchstens CHF 10.– pro Tag ausgerichtet.

38 Mutterschaft

38.1 Bei Schwangerschaft und Niederkunft wird während 16 Wochen das Taggeld ausgerichtet, welches bis zum Tage der Niederkunft während mindestens 270 Tagen, ohne Unterbruch von mehr als 3 Monaten, bei anerkannten Krankenversicherern für Krankheit versichert war. Mindestens 8 der 16 Wochen müssen nach der Niederkunft liegen. Die vereinbarte Wartefrist wird an die 16 Wochen angerechnet.

38.2 Die Leistungen bei Mutterschaft werden nicht an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

38.3 Bei Frauen, die ihre Erwerbstätigkeit früher als 8 Wochen vor ihrer Niederkunft aufgeben, wird die bestehende Taggeldversicherung auf den Höchstbetrag gemäss Artikel 25.2 herabgesetzt.

39 Anspruch im Ausland

Bei Arbeitsunfähigkeit im Ausland wird das Taggeld nur während der Dauer eines Spitalaufenthaltes ausgerichtet.

40 Versicherungsdeckung nach dem vollendeten 65. Altersjahr

40.1 Die bei Vollendung des 65. Altersjahres bestehende Versicherungsdeckung wird automatisch auf CHF 5.– pro Tag reduziert. Ist die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt arbeitsfähig und bleibt sie weiterhin erwerbstätig, kann sie auf Antrag hin das Taggeld in der bisherigen Höhe bis zur Vollendung des 70. Altersjahres aufrechterhalten.

40.2 Nach Vollendung des 65. Altersjahres werden die versicherten Taggelder während maximal 180 Kalendertagen im Verlaufe von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausgerichtet. Unmittelbar vor Vollendung des 65. Altersjahres bezogene Taggelder werden angerechnet, soweit sie zusammen die maximale Leistungsdauer von Artikel 35 übersteigen.

40.3 Vereinbarte Wartefristen werden nach Vollendung des 65. Altersjahres auf maximal 30 Tage verkürzt.

D SCHLUSSBESTIMMUNGEN

41 Verrechnung

Weder für Atupri noch für die versicherten Personen besteht ein Recht auf Verrechnung von geschuldeten Prämien und Kostenbeteiligungen mit Versicherungsleistungen

42 Schweigepflicht, Datenschutz

42.1 Die Angestellten von Atupri, die von Diagnosen, Gesundheitszustand, Leistungsanspruch und Leistungsbezug sowie Einkommens- und Vermögensverhältnissen der versicherten Personen Kenntnis erhalten, unterstehen der gesetzlichen Schweigepflicht.

42.2 Die versicherten Personen sind nach Massgabe des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) vor miss-

bräuchlicher Verwendung der über sie gespeicherten Daten geschützt.

43 Rechtspflege

43.1 Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid von Atupri nicht einverstanden, so erlässt diese innert 30 Tagen eine begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung.

43.2 Gegen die Verfügung kann innert 30 Tagen nach deren Eröffnung bei Atupri Einsprache erhoben werden. Diese erlässt einen begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.

43.3 Gegen Einspracheentscheide von Atupri kann innert 30 Tagen bei dem vom Kanton bestellten Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn Atupri entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

43.4 Verfügungen und Einspracheentscheide sind vollstreckbar, wenn sie nicht mehr durch Einsprache oder Beschwerde angefochten werden können oder aber diese keine aufschiebende Wirkung haben.

44 Anwendung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

Für alle in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) nicht besonders geregelten Fragen gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

INHALTSVERZEICHNIS

I Allgemeine Bestimmungen
1 Grundsatz 9
2 Geltungsbereich 9

II Versicherungsverhältnis
3 Abschluss 9
4 Kündigung 9
5 Beendigung von TelFirst 9
6 Ausschluss und Aufhebung von TelFirst 10

III Prämien und Kostenbeteiligung
7 Prämien 10
8 Kostenbeteiligung 10

IV Rechte und Pflichten der TelFirst-Versicherten
9 Beratung durch das Zentrum 10
10 Spezialfälle und Ausnahmen 10
11 Meldepflicht bei Unfällen 10
12 Dateneinsicht und -bearbeitung 10

V Verschiedene Bestimmungen
13 Datenschutz 10
14 Datenaustausch 11
15 Beratung und Haftung 11

I Allgemeine Bestimmungen

1 Grundsatz

1.1 Die TelFirst-Versicherung ist eine besondere Versicherungsform der Grundversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Sie basiert auf dem Prinzip, dass ein Telekonsultationszentrum (nachfolgend «Zentrum» genannt) eine erste medizinische Beratung vornimmt sowie Art und Dauer der Behandlung mit der versicherten Person vereinbart.

1.2 TelFirst-Versicherte erklären sich bereit, bei einem gesundheitlichen Problem vor der Vereinbarung eines Termins für die Behandlung bei einem Leistungserbringer mit dem Zentrum Kontakt aufzunehmen bzw. durch Dritte aufnehmen zu lassen, sofern die vorliegenden Bestimmungen nichts anderes vorsehen. Sie tragen damit zu einer kostenbewussten medizinischen Versorgung bei.

1.3 Das Zentrum wird durch eine von Atupri unabhängige Gesellschaft betrieben, die Ärzte und medizinisches Personal beschäftigt, die rund um die Uhr für eine medizinische Beratung erreichbar sind.

1.4 Die aus TelFirst garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der Grundversicherung unter Berücksichtigung der einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug (Artikel 9 bis 12).

2 Geltungsbereich

Sofern in diesen Bestimmungen keine anders lautenden Regelungen enthalten sind, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) von Atupri.

II Versicherungsverhältnis

3 Abschluss

3.1 TelFirst können alle versicherten Personen abschliessen, welche die Grundversicherung bei Atupri führen bzw. führen wollen und ihren Wohnort in dem Gebiet haben, in dem Atupri diese Versicherungsform anbietet. Der Abschluss von TelFirst erfolgt grundsätzlich auf Beginn eines Kalenderjahres; bei einer Versicherung mit ordentlicher Franchise ist der Abschluss auch auf den Ersten des folgenden Monats möglich.

3.2 Hat die medizinische Beratung des Zentrums keinen oder nur geringen Einfluss auf die Behandlung bzw. ist die Inanspruchnahme einer Beratung während eines längeren Zeitraums gar nicht möglich, kann TelFirst nicht abgeschlossen werden. Artikel 6.2, Buchstaben b bis d gelten hierbei sinngemäss.

4 Kündigung

4.1 Der Wechsel von TelFirst in eine andere Versicherungsform ist unter Beachtung der Kündigungsfristen gemäss Artikel 14.1 und 14.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) auf das Ende eines Kalenderjahres mittels Kündigung möglich.

4.2 Die Kündigung führt, sofern die versicherte Person keinen Wechsel des Versicherers verlangt, zum Übertritt in die Versicherungsform Standard.

5 Beendigung von TelFirst

5.1 Bei einem Wegzug aus dem TelFirst-Versorgungsgebiet erfolgt der Austritt aus TelFirst und der Wechsel in die Versicherungsform Standard auf den Ersten des genden Monats.

5.2 Anstelle des Wechsels in die Versicherungsform Standard ist der Wechsel in die Versicherungsform

HMO, CareMed, FlexCare oder SmartCare möglich, soweit diese für die versicherte Person angeboten und von ihr gewünscht wird.

6 Ausschluss und Aufhebung von TelFirst

6.1 Atupri ist berechtigt, TelFirst-Versicherte unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats von TelFirst auszuschliessen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist.

6.2 Der Ausschluss von TelFirst ist möglich:
a) Bei Verletzung der Pflichten für TelFirst-Versicherte gemäss Artikel 9 bis 11.
b) Bei langdauerndem Aufenthalt von mehr als drei Monaten in einem Akutspital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik.
c) Bei Auslandaufenthalten der TelFirst-Versicherten von mehr als drei Monaten.

6.3 Der Ausschluss von TelFirst führt automatisch zum Wechsel in die Versicherungsform Standard. Es besteht in diesem Fall kein erneuter Anspruch auf Abschluss einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.

6.4 Falls die Zusammenarbeit zwischen Atupri und dem Zentrum beendet wird, erlischt die Versicherungsform TelFirst. Dies führt zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

6.5 In Regionen, in denen im gleichen Einzugsgebiet CareMed, HMO, FlexCare bzw. SmartCare angeboten werden, können die TelFirst-Versicherten bei Aufhebung von TelFirst gemäss Artikel 6.4 innerhalb der Frist von 30 Tagen nach schriftlicher Aufforderung von Atupri auch in eine dieser Versicherungsformen wechseln. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von den TelFirst-Versicherten nicht ausgeübt, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

III Prämien und Kostenbeteiligung

7 Prämien

TelFirst-Versicherte erhalten einen Rabatt auf der Prämie der Grundversicherung. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif.

8 Kostenbeteiligung

8.1 Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei den für die TelFirst-Versicherten erbrachten Leistungen sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen der Grundversicherung und den entsprechenden Versicherungsbedingungen von Atupri.

8.2 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen gemäss Artikel 18 bis 20 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) steht den TelFirst-Versicherten ebenfalls offen.

IV Rechte und Pflichten der TelFirst-Versicherten

9 Beratung durch das Zentrum

9.1 TelFirst-Versicherte wenden sich vor der Vereinbarung eines Termins für die Behandlung beim Leistungserbringer immer zuerst an das Zentrum. Dieses berät die Versicherten medizinisch und vereinbart mit ihnen den optimalen Behandlungspfad und das Zeitfenster, in dem die Konsultation bei einem Leistungserbringer nach Wahl erfolgen soll. Erfolgt vom behandelnden Arzt ein Aufgebot zur Nachkontrolle oder eine Überweisung an einen anderen Arzt, ins Spital oder ins Pflegeheim, ist nochmals eine telefonische Rücksprache mit dem Zentrum erforderlich. Bei wiederholtem Unterlassen dieser Kontaktaufnahmen liegt eine Pflichtverletzung gemäss Artikel 6.2 vor, welches die dort erwähnten Massnahmen nach sich ziehen kann.

9.2 Atupri ist berechtigt, dem Zentrum eine Liste mit bevorzugten Leistungserbringern – gemäss Anhang HMO bzw. einen CareMed-Arzt gemäss Anhang CareMed – zu übergeben, aus der das Zentrum den TelFirst-Versicherten einen Leistungserbringer empfehlen kann.

9.3 Bei medizinischen Hilfspersonen wie namentlich Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, die im Auftrag des Arztes Leistungen erbringen, ist keine vorherige Kontaktaufnahme mit dem Zentrum notwendig.

10 Spezialfälle und Ausnahmen

10.1 Notfallbehandlungen sind im Rahmen der Versicherungsform Standard versichert und dem Zentrum baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden.

10.2 Für die jeweils erste gynäkologische oder augenärztliche Vorsorgeuntersuchung pro Kalenderjahr ist kein vorheriger Kontakt mit dem Zentrum erforderlich.

10.3 Beim Eintritt in ein Spital ist mit dem Zentrum vorgängig Kontakt aufzunehmen. Der Austritt aus einem Spital ist dem Zentrum baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden.

11 Meldepflicht bei Unfällen

Die TelFirst-Versicherten haben das Zentrum und ihren Arzt über Unfälle und deren Behandlungen zu informieren, auch wenn diese über eine Unfallversicherung abgedeckt sind.

12 Dateneinsicht und -bearbeitung

Mit dem Abschluss von TelFirst erklären sich die TelFirst-Versicherten mit Einsicht und Bearbeitung ihrer Daten gemäss Artikel 14 und 15.1 einverstanden.

V Verschiedene Bestimmungen

13 Datenschutz

13.1 Die Gesellschaft, die das Zentrum betreibt, hält die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des KVG, des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und des Gesetzes über den Datenschutz (DSG) ein.

13.2 Atupri garantiert die gewissenhafte Behandlung der in Verbindung mit TelFirst bearbeiteten Daten. Die versicherten Personen sind im Rahmen der Bestimmungen des DSG gegen den unrechtmässigen Gebrauch von sie betreffenden Daten geschützt.

14 Datenaustausch

14.1 Zur Identifikation der versicherten Personen erhält das Zentrum vom Versicherer den Zugriff auf die aktualisierten Personendaten der Versicherten. Diese Daten umfassen die Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht und Adresse sowie die entsprechende Versicherungsdeckung. Zur Beurteilung kann der Versicherer die Rechnungen von Leistungserbringern der Versicherten dem Zentrum zur Verfügung stellen.

14.2 Das Zentrum stellt dem Versicherer die zur Leistungsfestsetzung notwendigen Daten wie namentlich Datum des Anrufs und Zeitfenster für die Konsultation beim Leistungserbringer zur Verfügung. Es werden dabei keine medizinischen und sonstigen gemäss DSG besonders schützenswerten Personendaten weitergegeben. Zudem untersteht das Zentrum der Schweigepflicht von Artikel 33 ATSG.

14.3 Mit dem Beitritt zur Versicherungsform TelFirst erklärt sich die versicherte Person mit der in diesem Anhang beschriebenen Datenbearbeitung einverstanden.

15 Beratung und Haftung

15.1 Die durch das Zentrum erteilte Beratung ist für TelFirst-Versicherte kostenlos; sie bezahlen lediglich allfällige Telefon- oder Internetgebühren ihres Telekommunikationsanbieters. Telefongespräche werden vom Zentrum aufgezeichnet und archiviert.

15.2 Die Haftung für erteilte Beratungen und Informationen liegt ausschliesslich beim Zentrum.

INHALTSVERZEICHNIS

I Allgemeine Bestimmungen
1 Grundsatz 12
2 Geltungsbereich 12

II Versicherungsverhältnis
3 Abschluss 12
4 Kündigung 13
5 Neue Arztwahl oder Beendigung der Versicherungsform 13
6 Ausschluss und Aufhebung der Versicherungsform HMO 13

III Prämien und Kostenbeteiligung
7 Prämien 13
8 Kostenbeteiligung 13

IV Rechte und Pflichten der HMO-Versicherten
9 Betreuung und Versorgung durch den koordinierenden Arzt 13
10 Notfallbehandlungen 14
11 Behandlungen beim Spezialarzt 14
12 Frauenärztliche Betreuung / Behandlung 14
13 Einweisung in ein Spital 14
14 Bade- und Erholungskuren 14
15 Meldepflicht bei Unfällen 14
16 Wechsel des koordinierenden Arztes 14

V Verschiedene Bestimmungen
17 Datenschutz 14
18 Datenbearbeitung 14

I Allgemeine Bestimmungen

1 Grundsatz

1.1 Die HMO-Versicherung ist eine besondere Versicherungsform der Grundversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.

1.2 Die medizinische Grundversorgung im Sinne einer ganzheitlichen, koordinierten Betreuung, Beratung und Behandlung wird dabei vom gewählten Arzt eines Ärztenetzwerks oder vom Arzt einer HMO-Gruppenpraxis erbracht (nachfolgend «koordinierender Arzt» genannt).

1.3 HMO-Versicherte erklären sich bereit, grundsätzlich Behandlungen und Untersuchungen durch den gewählten koordinierenden Arzt durchführen oder sich durch diesen an andere Leistungserbringer überweisen zu lassen. Sie tragen damit zu einer kostenbewussten medizinischen Versorgung bei.

1.4 Grundlage dieser Leistungen bildet ein Zusammenarbeitsvertrag zwischen Atupri und dem Ärztenetzwerk bzw. der HMO-Gruppenpraxis, in dem die Finanzierung mittels Kopfpauschalen (Capitation) oder Budgetmitverantwortung vereinbart wird. Atupri kann Abschluss und Pflege solcher Verträge einem Dritten (z.B. einer hierfür spezialisierten Betriebsorganisation) übertragen.

1.5 Die aus der Versicherungsform HMO garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der Grundversicherung unter Berücksichtigung der einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug (Artikel 9 bis 16).

1.6 Das HMO-Angebot ist von der Bereitschaft der Ärzte zur Mitwirkung gemäss Artikel 1.4 und deren Aufnahmekapazität für neue Patienten abhängig. Ein Anspruch der antragstellenden Person auf ein solches Angebot und damit auf den Abschluss der HMO-Versicherung besteht nicht.

2 Geltungsbereich

Sofern in diesen Bestimmungen keine anders lautenden Regelungen enthalten sind, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) der Atupri.

II Versicherungsverhältnis

3 Abschluss

3.1 Die Versicherungsform HMO können alle versicherten Personen abschliessen, welche die Grundversicherung bei Atupri führen bzw. führen wollen und ihren Wohnort in dem Gebiet haben, in dem Atupri diese Versicherungsform anbietet. Artikel 1.6 bleibt dabei vorbehalten. Der Abschluss von HMO erfolgt grundsätzlich auf Beginn eines Kalenderjahres; bei einer Versicherung mit ordentlicher Franchise ist der Abschluss auch auf den Ersten des folgenden Monats möglich.

3.2 Die HMO-Versicherten wählen, sofern eine Wahlmöglichkeit besteht, beim Abschluss der Versicherungsform HMO ihren koordinierenden Arzt aus. Sie stellen dabei sicher, dass der gewählte Arzt die Aufnahme neuer Patienten aus Kapazitätsgründen nicht abgelehnt hat. Ein späterer Wechsel zu einem anderen koordinierenden Arzt ist gemäss Artikel 16 möglich.

3.3 In folgenden Fällen ist der Abschluss der Versicherungsform HMO nicht möglich:

– der koordinierende Arzt kann keinen oder nur geringen Einfluss auf die Behandlung nehmen. Artikel 6.2, Buchstaben b bis d gelten hierbei sinngemäss;
– für Hausbesuche besteht eine unangemessene Distanz zwischen Wohnort des Versicherten und der Praxis des koordinierenden Arztes.

3.4 Versicherte Personen, die selbst als koordinierender Arzt dem HMO-Angebot von Atupri angehören, sind verpflichtet, für sich und ihre im gleichen Haushalt lebenden Familienangehörigen einen anderen koordinierenden Arzt gemäss Absatz 2 auszuwählen.

4 Kündigung

4.1 Der Wechsel von HMO in eine andere Versicherungsform ist unter Beachtung der Kündigungsfristen gemäss Artikel 14.1 und 14.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) auf das Ende eines Kalenderjahres mittels Kündigung möglich.

4.2 Die Kündigung führt, sofern die versicherte Person keinen Wechsel des Versicherers verlangt, zum Übertritt in die Versicherungsform Standard.

5 Neue Arztwahl oder Beendigung der Versicherungsform

5.1 Bei einem Wegzug aus dem HMO-Einzugsgebiet erfolgt der Austritt aus der Versicherungsform HMO und der Wechsel in die Versicherungsform Standard auf den Ersten des folgenden Monats.

5.2 Wenn der gewählte koordinierende Arzt das Vertragsverhältnis mit den HMO-Versicherten als Patientinnen und Patienten auflöst oder aus dem HMO-Versorgungssystem ausscheidet, können diese innerhalb einer Frist von 30 Tagen nach schriftlicher Aufforderung von Atupri einen neuen koordinierenden Arzt als Hausarzt bezeichnen oder in die Versicherungsform Standard wechseln. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von den HMO-Versicherten nicht ausgeübt, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard. Bei Wechsel des CareMed-Arztes in ein HMO-Versorgungssystem gilt Artikel 6.6 Anhang CareMed.

6 Ausschluss und Aufhebung der Versicherungsform HMO

6.1 Atupri ist berechtigt, HMO-Versicherte unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats aus der Versicherungsform HMO auszuschliessen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist.

6.2 Der Ausschluss aus der Versicherungsform HMO ist möglich:
a) Bei Verletzung der Pflichten für HMO-Versicherte gemäss Artikel 9 bis 15.
b) Bei Aufenthalt der HMO-Versicherten in einem Pflegeheim, der Pflegeabteilung eines Altersheims oder einer Abteilung für Chronischkranke eines Akutspitals.
c) Bei langdauerndem Aufenthalt von mehr als drei Monaten in einem Akutspital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik.
d) Bei Auslandaufenthalten der HMO-Versicherten von mehr als drei Monaten.
e) In allen anderen Fällen, bei denen der koordinierende Arzt keinen oder nur ungenügenden Einfluss auf die Behandlung nehmen kann.
f) Bei wiederholtem, unbegründetem Wechsel des koordinierenden Arztes (Artikel 16.2).

6.3 Der Ausschluss aus der Versicherungsform HMO führt automatisch zum Wechsel in die Versicherungsform Standard. Es besteht in diesem Fall kein erneuter Anspruch auf Abschluss einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.

6.4 Wenn die Versicherungsform HMO aufgehoben wird, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

6.5 In Regionen, in denen im gleichen Einzugsgebiet die Versicherungsformen CareMed, TelFirst, FlexCare bzw. SmartCare angeboten werden, können die HMO-Versicherten bei Aufhebung der Versicherungsform HMO gemäss Artikel 6.4, innerhalb der Frist von 30 Tagen nach schriftlicher Aufforderung von Atupri, auch in eine dieser Versicherungsformen wechseln. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von den HMO-Versicherten nicht ausgeübt, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

III Prämien und Kostenbeteiligung

7 Prämien

HMO-Versicherte erhalten einen Rabatt auf der Prämie der Grundversicherung. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif.

8 Kostenbeteiligung

8.1 Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei den für die HMO-Versicherten erbrachten Leistungen sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen der Grundversicherung und den entsprechenden Versicherungsbedingungen von Atupri.

8.2 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen gemäss Artikel 18 bis 20 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) steht den HMO-Versicherten ebenfalls offen.

IV Rechte und Pflichten der HMO-Versicherten

9 Betreuung und Versorgung durch den koordinierenden Arzt

9.1 HMO-Versicherte wenden sich für alle Behandlungen immer zuerst an ihren koordinierenden Arzt oder dessen Stellvertreter, ausgenommen bei Notfällen gemäss Artikel 10.

9.2 Ausnahmen von dieser Einschränkung sind:
– gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und geburtshilfliche Betreuung gemäss Artikel 12
– eine jährliche Untersuchung beim Augenarzt für die Verschreibung von Brillen oder Kontaktlinsen
– zahnärztliche Behandlungen

Der koordinierende Arzt sorgt bei Bedarf für die adäquate Behandlung und Betreuung durch weitere

Ärzte, medizinische Hilfspersonen oder im Spital.

9.3 Ist der koordinierende Arzt abwesend, wenden sich die HMO-Versicherten an dessen Stellvertreter. Bei längerer Abwesenheit des koordinierenden Arztes können die HMO-Versicherten wählen, ob sie für die Dauer der Abwesenheit einen anderen koordinierenden Arzt beanspruchen oder in die Versicherungsform Standard wechseln.

9.4 Beanspruchen HMO-Versicherte ausserhalb einer Notfallsituation direkt ambulante oder stationäre Behandlungen ohne vorherige Anweisung durch ihren koordinierenden Arzt, tragen sie sämtliche damit verbundenen Kosten selber.

9.5 HMO-Versicherte haben den Leistungserbringer, den sie ausserhalb des Ärztenetzwerks bzw. der HMO-Gruppenpraxis aufsuchen, darüber zu informieren, dass sie die HMO-Versicherung abgeschlossen haben.

10 Notfallbehandlungen

10.1 In einer Notfallsituation gelangen die HMO-Versicherten an ihren koordinierenden Arzt. Falls dieser nicht erreichbar sein sollte, wahlweise an dessen Stellvertreter oder die regionale Notfallorganisation am Wohnort, gegebenenfalls am Aufenthaltsort.

10.2 Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitaleinweisung oder eine Behandlung beim Notfallarzt nötig, sind die HMO-Versicherten verpflichtet, zum nächstmöglichen Zeitpunkt den koordinierenden Arzt zu orientieren oder orientieren zu lassen und ihm eine Bescheinigung des Notfallarztes vorzulegen.

11 Behandlungen beim Spezialarzt

Werden HMO-Versicherte von ihrem koordinierenden Arzt einem Spezialarzt zugewiesen und dieser empfiehlt den HMO-Versicherten eine weitergehende Behandlung oder einen operativen Eingriff, sind die HMO-Versicherten verpflichtet, ihren koordinierenden Arzt darüber im Voraus zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen.

12 Frauenärztliche Betreuung / Behandlung

12.1 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und geburtshilfliche Betreuung können nach freier Wahl der HMO-Versicherten erfolgen, sofern der koordinierende Arzt nicht einer HMO-Gruppenpraxis angeschlossen ist, die eine Frauenärztin beschäftigt.

12.2 Bei allen weiteren gynäkologischen Behandlungen ist die HMO-Versicherte verpflichtet, ihren koordinierenden Arzt hierüber im Voraus zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen.

13 Einweisung in ein Spital

Einweisungen in Spitäler müssen durch den koordinierenden Arzt oder mit dessen Einverständnis erfolgen (ausgenommen Notfälle gemäss Artikel 10). Der koordinierende Arzt stellt die Spitalbedürftigkeit fest und weist die HMO-Versicherten in das Spital ein.

14 Bade- und Erholungskuren

Verordnungen für Bade- und Erholungskuren müssen durch den koordinierenden Arzt oder mit dessen Einverständnis erfolgen, sofern der Anspruch auf Versicherungsleistung geltend gemacht wird.

15 Meldepflicht bei Unfällen

Die HMO-Versicherten haben ihren koordinierenden Arzt über Unfälle und deren Behandlungen zu informieren, auch wenn diese über eine Unfallversicherung abgedeckt sind.

16 Wechsel des koordinierenden Arztes

16.1 HMO-Versicherte können ihren koordinierenden Arzt bei Bedarf in begründeten Fällen auf den Ersten des folgenden Monats wechseln. Sie teilen dies Atupri und ihrem bisherigen koordinierenden Arzt mit.

16.2 Bei wiederholtem, unbegründetem Arztwechsel behält sich Atupri das Recht vor, die HMO-Versicherten unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats aus der Versicherungsform HMO auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

V Verschiedene Bestimmungen

17 Datenschutz

Der Datenschutz ist in der Versicherungsform HMO gewährleistet. Atupri und der koordinierende Arzt haben einander die zur Durchführung dieser besonderen Versicherungsform erforderlichen Daten zu liefern. Sie erhalten gegenseitig Einsicht in sämtliche eingegangenen Rechnungen. Diese Daten werden im Rahmen der Versicherungsform HMO ausgewertet. Atupri kann dafür einen spezialisierten Dritten beauftragen, sofern sie diesen in die Datenschutzpflichten einbindet.

18 Datenbearbeitung

Mit dem Abschluss der Versicherungsform HMO erklären sich die HMO-Versicherten einverstanden, ihrem koordinierenden Arzt und Atupri Einsicht in sämtliche Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren, soweit diese für die Abwicklung der HMO-Versicherung und insbesondere für die Überprüfung der Einhaltung der Pflichten der versicherten Personen benötigt werden. Beim Wechsel zu einem anderen koordinierenden Arzt stimmen sie der Weitergabe der Informationen an diesen zu und entbinden den bisherigen koordinierenden Arzt vom Berufsgeheimnis.

INHALTSVERZEICHNIS

I Allgemeine Bestimmungen
1 Grundsatz 15
2 Geltungsbereich 15

II Versicherungsverhältnis
3 Abschluss 15
4 Kündigung 16
5 Neue Arztwahl oder Beendigung von CareMed 16
6 Ausschluss und Aufhebung von CareMed 16

III Prämien und Kostenbeteiligung
7 Prämien 16
8 Kostenbeteiligung 16

IV Rechte und Pflichten der CareMed-Versicherten
9 Betreuung / Versorgung durch den CareMed-Arzt 16
10 Notfallbehandlungen 17
11 Behandlungen beim Spezialarzt 17
12 Frauenärztliche Betreuung / Behandlung 17
13 Einweisung in ein Spital 17
14 Bade- und Erholungskuren 17
15 Meldepflicht bei Unfällen 17
16 Wechsel des CareMed-Arztes 17

V Verschiedene Bestimmungen
17 Datenschutz 17
18 Datenbearbeitung 17

I Allgemeine Bestimmungen

1 Grundsatz

1.1 Die CareMed-Versicherung ist eine besondere Versicherungsform der Grundversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Sie basiert auf dem Hausarztprinzip, indem der von den CareMed-Versicherten gewählte Hausarzt in allen Gesundheitsfragen die umfassende Betreuung und Beratung der CareMed-Versicherten sicherstellt.

1.2 CareMed-Versicherte erklären sich bereit, grundsätzlich Behandlungen und Untersuchungen durch den bezeichneten CareMed-Arzt durchführen oder sich durch diesen an andere Leistungserbringer überweisen zu lassen. Sie tragen damit zu einer kostenbewussten medizinischen Versorgung bei.

1.3 Grundlage dieser Leistungen bilden Rahmenvereinbarungen zwischen Atupri und Ärzteorganisationen, in denen die beiderseitigen Rechte und Pflichten sowie allfällige Finanzierungsarten festgehalten sind. Atupri kann Abschluss und Pflege solcher Vereinbarungen einem Dritten (z.B. einer hierfür spezialisierten Betriebsorganisation) übertragen.

1.4 Die aus CareMed garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der Grundversicherung unter Berücksichtigung der einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug (Artikel 9 bis 16).

1.5 Das CareMed-Angebot ist von der Bereitschaft der Ärzte zur Mitwirkung gemäss Artikel 1.3 und deren Aufnahmekapazität für neue Patienten abhängig. Ein Anspruch der antragstellenden Person auf ein solches Angebot und damit auf den Abschluss der CareMed-Versicherung besteht nicht.

2 Geltungsbereich

Sofern in diesen Bestimmungen keine anders lautenden Regelungen enthalten sind, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) von Atupri.

II Versicherungsverhältnis

3 Abschluss

3.1 CareMed können alle versicherten Personen abschliessen, welche die Grundversicherung bei Atupri führen bzw. führen wollen und ihren Wohnort in dem Gebiet haben, in dem Atupri diese Versicherungsform anbietet. Artikel 1.5 bleibt dabei vorbehalten. Der Abschluss von CareMed erfolgt grundsätzlich auf Beginn eines Kalenderjahres; bei einer Versicherung mit ordentlicher Franchise ist der Abschluss auch auf den Ersten des folgenden Monats möglich.

3.2 Die CareMed-Versicherten wählen beim Abschluss von CareMed einen der regional angeschlossenen CareMed-Ärzte als ihren Hausarzt aus. Sie stellen dabei sicher, dass der gewählte Arzt die Aufnahme neuer Patienten aus Kapazitätsgründen nicht abgelehnt hat. Ein späterer Wechsel des Hausarztes innerhalb der angeschlossenen CareMed-Ärzte ist möglich (Artikel 16).

3.3 In folgenden Fällen ist der Abschluss von CareMed nicht möglich:
- der CareMed-Arzt kann keinen oder nur geringen Einfluss auf die Behandlung nehmen. Artikel 6.2, Buchstaben b bis d gelten hierbei sinngemäss;
- für Hausbesuche besteht eine unangemessene Distanz zwischen dem Wohnort des Versicherten und der Praxis des CareMed-Arztes.

3.4 Versicherte Personen, die selbst als CareMed-Arzt dem Angebot von Atupri angehören, sind verpflichtet, für sich und ihre im gleichen Haushalt lebenden Familienangehörigen einen anderen CareMed-Arzt gemäss Absatz 2 auszuwählen.

4 Kündigung

4.1 Der Wechsel von CareMed in eine andere Versicherungsform ist unter Beachtung der Kündigungsfristen gemäss Artikel 14.1 und 14.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) auf das Ende eines Kalenderjahres mittels Kündigung möglich.

4.2 Die Kündigung führt, sofern die versicherte Person keinen Wechsel des Versicherers verlangt, zum Übertritt in die Versicherungsform Standard.

5 Neue Arztwahl oder Beendigung von CareMed

5.1 Bei einem Wegzug aus dem CareMed-Einzugsgebiet erfolgt der Austritt aus CareMed und der Wechsel in die Versicherungsform Standard auf den ersten des folgenden Monats.

5.2 Wenn der bezeichnete CareMed-Arzt das Vertragsverhältnis mit den CareMed-Versicherten als Patientinnen und Patienten auflöst oder aus dem CareMed-Versorgungssystem ausscheidet, können diese innerhalb einer Frist von 30 Tagen nach schriftlicher Aufforderung von Atupri einen neuen CareMed-Arzt als Hausarzt bezeichnen oder in die Versicherungsform Standard wechseln. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von den CareMed-Versicherten nicht ausgeübt, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard. Bei Wechsel des CareMed-Arztes in ein HMO-Versorgungssystem gilt Artikel 6.6.

6 Ausschluss und Aufhebung von CareMed

6.1 Atupri ist berechtigt, CareMed-Versicherte unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats aus CareMed auszuschliessen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist.

6.2 Der Ausschluss aus CareMed ist möglich:

a) Bei Verletzung der Pflichten für CareMed-Versicherte gemäss Artikel 9 bis 15.

b) Bei Aufenthalt der CareMed-Versicherten in einem Pflegeheim, der Pflegeabteilung eines Altersheims oder einer Abteilung für chronisch Kranke eines Akutspitals.

c) Bei langdauerndem Aufenthalt von mehr als drei Monaten in einem Akutspital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik.

d) Bei Auslandaufenthalten der CareMed-Versicherten von mehr als drei Monaten.

e) In allen anderen Fällen, bei denen der CareMed-Arzt keinen oder nur geringen Einfluss auf die Behandlung nehmen kann.

f) Bei wiederholtem, unbegründetem Wechsel des CareMed-Arztes (Artikel 16.2).

6.3 Der Ausschluss von CareMed führt zum Wechsel in die Versicherungsform Standard. Es besteht in diesem Fall kein erneuter Anspruch auf Abschluss einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.

6.4 Wenn CareMed aufgehoben wird, führt dies automatisch zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

6.5 In Regionen, in denen im gleichen Einzugsgebiet die Versicherungsformen HMO, TelFirst, FlexCare bzw. SmartCare angeboten werden, können die CareMed-Versicherten bei Aufhebung von CareMed gemäss Artikel 6.4 innerhalb der Frist von 30 Tagen nach schriftlicher Aufforderung von Atupri auch in eine dieser Versicherungsformen wechseln. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von den CareMed-Versicherten nicht ausgeübt, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

6.6 Bei Zuteilung des gewählten CareMed-Arztes in die Versicherungsform HMO aufgrund neuer vertraglicher Vereinbarungen erfolgt der Wechsel der angeschlossenen Versicherten in die Versicherungsform HMO automatisch, sofern ein Prämienrabatt mindestens im bisherigen Umfang gewährt wird. Die betroffenen Versicherten haben das Recht, innert 30 Tagen nach erfolgter Umteilung den Wechsel in die Versicherungsform Standard, TelFirst oder FlexCare zu verlangen oder in der CareMed einen anderen Hausarzt als CareMed-Arzt zu bezeichnen.

III Prämien und Kostenbeteiligung

7 Prämien

CareMed-Versicherte erhalten einen Rabatt auf der Prämie der Grundversicherung. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif.

8 Kostenbeteiligung

8.1 Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei den für die CareMed-Versicherten erbrachten Leistungen sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen der Grundversicherung und den entsprechenden Versicherungsbedingungen von Atupri.

8.2 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen gemäss Artikel 18 bis 20 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) steht den CareMed-Versicherten ebenfalls offen.

IV Rechte und Pflichten der CareMed-Versicherten

9 Betreuung / Versorgung durch den CareMed-Arzt

9.1 CareMed-Versicherte wenden sich für alle Behandlungen immer zuerst an ihren CareMed-Arzt, ausgenommen bei Notfällen gemäss Artikel 10.

9.2 Ausnahmen von dieser Einschränkung sind:

- gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und geburtshilfliche Betreuung gemäss Artikel 12
- eine jährliche Untersuchung beim Augenarzt für die Verschreibung von Brillen oder Kontaktlinsen
- zahnärztliche Behandlungen.

Der CareMed-Arzt sorgt bei Bedarf für die adäquate Behandlung und Betreuung durch weitere Ärzte, medizinische Hilfspersonen oder im Spital.

9.3 Ist der CareMed-Arzt abwesend, wenden sich die CareMed-Versicherten an dessen Stellvertreter. Bei längerer Abwesenheit des als Hausarzt bezeichneten

CareMed-Arztes können die CareMed-Versicherten wählen, ob sie für die Dauer der Abwesenheit einen anderen regionalen CareMed-Arzt als Hausarzt beanspruchen oder in die Versicherungsform Standard wechseln.

9.4 Beanspruchen CareMed-Versicherte ausserhalb einer Notfallsituation direkt ambulante oder stationäre Behandlungen ohne vorherige Anweisung durch ihren CareMed-Arzt, tragen sie sämtliche damit verbundenen Kosten selber.

9.5 CareMed-Versicherte haben den Leistungserbringer, den sie ausserhalb des CareMed-Hausarztsystems aufsuchen, darüber zu informieren, dass sie die CareMed-Versicherung abgeschlossen haben.

10 Notfallbehandlungen

10.1 In einer Notfallsituation gelangen die CareMed-Versicherten an ihren CareMed-Arzt. Falls dieser nicht erreichbar sein sollte, wahlweise an dessen Stellvertreter oder die regionale Notfallorganisation am Wohnort, gegebenenfalls am Aufenthaltsort.

10.2 Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitaleinweisung oder eine Behandlung beim Notfallarzt nötig, sind die CareMed-Versicherten verpflichtet, zum nächstmöglichen Zeitpunkt ihren CareMed-Arzt zu orientieren oder orientieren zu lassen und ihm eine Bescheinigung des Notfallarztes vorzulegen.

11 Behandlungen beim Spezialarzt

Werden CareMed-Versicherte von ihrem CareMed-Arzt einem Spezialarzt zugewiesen und dieser empfiehlt den CareMed-Versicherten eine weitergehende Behandlung oder einen operativen Eingriff, so sind die CareMed-Versicherten verpflichtet, ihren CareMed-Arzt darüber im Voraus zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen.

12 Frauenärztliche Betreuung / Behandlung

12.1 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und geburtshilfliche Betreuung können nach freier Wahl der CareMed-Versicherten erfolgen.

12.2 Bei allen weiteren Behandlungen ist die CareMed-Versicherte verpflichtet, ihren CareMed-Arzt darüber im Voraus zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen.

13 Einweisung in ein Spital

Einweisungen in Spitäler müssen durch den CareMed-Arzt oder mit dessen Einverständnis erfolgen (ausgenommen Notfälle gemäss Artikel 10). Er stellt die Spitalbedürftigkeit fest und weist die CareMed-Versicherten in das Spital ein.

14 Bade- und Erholungskuren

Verordnungen für Bade- und Erholungskuren müssen durch den CareMed-Arzt oder mit dessen Einverständnis erfolgen, sofern der Anspruch auf Versicherungsleistung geltend gemacht wird.

15 Meldepflicht bei Unfällen

Die CareMed-Versicherten haben ihren CareMed-Arzt über Unfälle und deren Behandlungen zu informieren, auch wenn diese über eine Unfallversicherung abgedeckt sind.

16 Wechsel des CareMed-Arztes

16.1 CareMed-Versicherte können ihren CareMed-Arzt bei Bedarf in begründeten Fällen auf den Ersten des folgenden Monats wechseln. Sie teilen dies Atupri und ihrem bisherigen CareMed-Arzt mit.

16.2 Bei wiederholtem, unbegründetem Arztwechsel behält sich Atupri das Recht vor, die CareMed-Versicherten unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats aus CareMed auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

V Verschiedene Bestimmungen

17 Datenschutz

Der Datenschutz ist im CareMed-Hausarztsystem gewährleistet. Atupri hat dem CareMed-Arzt die zur Durchführung der Hausarztversicherung erforderlichen Daten zu liefern. Der CareMed-Arzt erhält Einsicht in sämtliche bei Atupri eingegangenen Rechnungen. Diese Daten werden im Rahmen des Hausarztsystems ausgewertet. Atupri kann dafür einen spezialisierten Dritten beauftragen, sofern sie diesen in die Datenschutzpflichten einbindet.

18 Datenbearbeitung

Mit dem Abschluss von CareMed erklären sich die CareMed-Versicherten einverstanden, ihrem CareMed-Arzt und Atupri Einsicht in die notwendigen Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren, soweit diese für die Abwicklung der CareMed-Versicherung und insbesondere für die Überprüfung der Einhaltung der Pflichten der versicherten Personen benötigt werden. Beim Wechsel zu einem anderen CareMed-Arzt stimmen sie der Weitergabe der Informationen an diesen zu und entbinden den bisherigen CareMed-Arzt vom Berufsgeheimnis.

INHALTSVERZEICHNIS

I Allgemeine Bestimmungen
1 Grundsatz 18
2 Geltungsbereich 18

II Versicherungsverhältnis
3 Abschluss 18
4 Kündigung 19
5 Beendigung von FlexCare 19
6 Ausschluss von FlexCare 19

III Prämien und Kostenbeteiligungen
7 Prämien 19
8 Kostenbeteiligungen 19

IV Rechte und Pflichten der FlexCare-Versicherten
9 Beratung und Behandlung durch das Zentrum 19
10 Spezialfälle und Ausnahmen 19
11 Meldepflicht bei Unfällen 20
12 Dateneinsicht und -bearbeitung 20

V Verschiedene Bestimmungen
13 Datenschutz 20
14 Datenaustausch 20
15 Beratung und Haftung 20

I Allgemeine Bestimmungen

1 Grundsatz

1.1 Die FlexCare-Versicherung ist eine besondere Versicherungsform der Grundversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Sie basiert auf dem Prinzip, dass eine erste medizinische Beratung bzw. Behandlung vorgenommen und, soweit notwendig, ein Behandlungsplan mit der versicherten Person vereinbart wird.

1.2 Die Beratungen erfolgen durch ein Telekonsultationszentrum oder - abhängig vom Angebot am Wohnort der versicherten Person - direkt persönlich in Gesundheitszentren (beide nachfolgend «Zentrum» genannt).

1.3 FlexCare-Versicherte erklären sich bereit, bei jedem medizinischen Anliegen eine ärztliche Beratung durch das Zentrum in Anspruch zu nehmen. Das Zentrum bespricht mit dem FlexCare-Versicherten den weiteren Behandlungspfad und legt einen individuellen Behandlungsplan fest. Dieser ist für die Versicherten verbindlich. Die FlexCare-Versicherten tragen damit zu einer kostenbewussten medizinischen Versorgung bei.

1.4 Das Zentrum wird durch eine von Atupri unabhängige Gesellschaft betrieben, welche Ärzte und paramedizinisches Personal beschäftigt. Telefonisch sind diese zeitlich unbeschränkt für eine medizinische Beratung erreichbar.

1.5 Die Auswahl der für den Behandlungsplan erforderlichen Fachärzte beschränkt sich auf das durch die Gesellschaft vertraglich festgelegte Partnernetzwerk, soweit nicht aus medizinischen Gründen der Einbezug von Ärzten ausserhalb dieses Netzwerkes notwendig ist.

1.6 Die aus FlexCare garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der Grundversicherung unter Berücksichtigung der einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug (Artikel 9 bis 16).

2 Geltungsbereich

2.1 Sofern in diesen Bestimmungen keine anders lautenden Regelungen enthalten sind, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) von Atupri.

2.2 Atupri legt die Gebiete fest, in denen die Versicherungsform FlexCare angeboten wird. Diese Gebiete werden durch die Prämienregionen gemäss Artikel 61 Absatz 2bis KVG definiert und im Prämientarif näher eingeschränkt.

II Versicherungsverhältnis

3 Abschluss

3.1 FlexCare können alle versicherten Personen abschliessen, welche die Grundversicherung bei Atupri führen bzw. führen wollen und ihren Wohnort in dem Gebiet haben, in dem Atupri diese Versicherungsform anbietet. Der Abschluss von FlexCare erfolgt grundsätzlich auf Beginn eines Kalenderjahres; bei einer Versicherung mit ordentlicher Franchise ist der Abschluss auch auf den Ersten des folgenden Monats möglich.

3.2 Können die Überwachung und die Koordination der medizinischen Behandlung durch das Zentrum nicht wahrgenommen werden, ist der Abschluss von FlexCare nicht möglich.

3.3 Ist die Inanspruchnahme einer Beratung bei Versicherungsbeginn während mehr als drei Monaten nicht möglich, kann FlexCare ebenfalls nicht abgeschlossen werden.

4 Kündigung

4.1 Der Wechsel von FlexCare in eine andere Versicherungsform ist unter Beachtung der Kündigungsfristen gemäss Artikel 14.1 und 14.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) auf das Ende eines Kalenderjahres mittels Kündigung möglich.

4.2 Die Kündigung führt, sofern die versicherte Person keinen Wechsel des Versicherers verlangt, zum Übertritt in die Versicherungsform Standard.

5 Beendigung von FlexCare

5.1 Bei einem Wegzug aus dem Gebiet, in dem FlexCare angeboten wird, erfolgt der Austritt aus FlexCare und der Wechsel in die Versicherungsform Standard auf den ersten des folgenden Monats.

5.2 Wird das Angebot von FlexCare als Ganzes oder in einem Gebiet wieder aufgehoben, können die FlexCare-Versicherten innerhalb einer Frist von 30 Tagen in die Versicherungsformen TelFirst oder SmartCare wechseln bzw. in die Versicherungsformen HMO oder CareMed, soweit letztere für die versicherten Personen angeboten werden. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von den FlexCare-Versicherten nicht ausgeübt, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

5.3 Zur Aufhebung des Angebotes von FlexCare kann auch die Beendigung der Zusammenarbeit zwischen dem Zentrum und Atupri führen.

6 Ausschluss von FlexCare

6.1 Atupri ist berechtigt, FlexCare-Versicherte unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats von FlexCare auszuschliessen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist.

6.2 Der Ausschluss von FlexCare ist möglich:

a) ab der ersten Verletzung der Pflichten für FlexCare-Versicherte gemäss Artikel 10 und 11;

b) bei Aufenthalt der FlexCare-Versicherten in einem Pflegeheim, der Pflegeabteilung eines Altersheims oder einer Abteilung für chronisch Kranke eines Akutspitals;

c) bei langdauerndem Aufenthalt von mehr als drei Monaten in einem Akutspital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik;

d) bei Auslandaufenthalten der FlexCare-Versicherten von mehr als drei Monaten.

6.3 Als Voraussetzung für den Ausschluss nach Artikel 6.2, Buchstaben b und c gilt Artikel 3.2 sinngemäss.

6.4 Der Ausschluss von FlexCare führt automatisch zum Wechsel in die Versicherungsform Standard. Der erneute Abschluss einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ist nach einem Ausschluss während des laufenden und folgenden Kalenderjahres nicht möglich.

III Prämien und Kostenbeteiligungen

7 Prämien

FlexCare-Versicherte erhalten einen Rabatt auf der Prämie der Grundversicherung. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif.

8 Kostenbeteiligungen

8.1 Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei den für die FlexCare-Versicherten erbrachten Leistungen sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) und den entsprechenden Versicherungsbedingungen von Atupri.

8.2 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen gemäss Artikel 18 bis 20 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) steht den FlexCare-Versicherten ebenfalls offen.

IV Rechte und Pflichten der FlexCare-Versicherten

9 Beratung und Behandlung durch das Zentrum

9.1 FlexCare-Versicherte wenden sich vor Inanspruchnahme jeglicher medizinischer Leistungen und Behandlungen, die nicht bereits in einem bestehenden Behandlungsplan berücksichtigt sind, immer zuerst an das Zentrum. Dieses berät die Versicherten medizinisch und legt nach Absprache mit ihnen den Behandlungsplan fest. Dieser umfasst die voraussichtliche Behandlungsdauer, Massnahmen, verordnete Medikamente, Nachkontrollen und gegebenenfalls weitere erforderliche Leistungserbringer.

9.2 Der Behandlungsplan ist für FlexCare-Versicherte insofern verbindlich, als sie sich verpflichten, nur die festgelegten Leistungserbringer innerhalb der definierten Behandlungsdauer aufzusuchen.

9.3 Allfällige Vereinbarungen und Überweisungen zwischen bisherigen Leistungserbringern und der versicherten Person, die vor einem Übertritt in die Versicherungsform FlexCare getroffen wurden, haben keine Gültigkeit und bleiben unberücksichtigt.

9.4 Wird im Laufe der Behandlung eine Anpassung des Behandlungsplanes bezüglich Dauer und/oder Leistungserbringer notwendig, hat dies der FlexCare-Versicherte vorgängig mit dem Zentrum abzusprechen.

9.5 Weiterweisungen ausserhalb des festgelegten Behandlungsplans sind vorgängig mit dem Zentrum abzusprechen und erfordern dessen Zustimmung.

9.6 Bei medizinischen Hilfspersonen wie namentlich Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, die im Auftrag vom Arzt Leistungen erbringen, ist keine vorherige Kontaktaufnahme mit dem Zentrum notwendig. Bedingung ist jedoch, dass die Überweisung an die medizinische Hilfsperson durch einen Arzt im Rahmen des vereinbarten Behandlungsplans und dessen Geltungsdauer erfolgt ist.

10 Spezialfälle und Ausnahmen

10.1 Notfallbehandlungen sind im Rahmen der Versicherungsform Standard versichert und dem Zentrum

baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, nachzumelden.

10.2 Für die jeweils erste gynäkologische oder augenärztliche Vorsorgeuntersuchung pro Kalenderjahr ist kein vorheriger Kontakt mit dem Zentrum erforderlich.

10.3 Der Eintritt in ein Spital oder Pflegeheim ist mit dem Zentrum vorgängig abzusprechen und erfordert die Zustimmung des Zentrums. Der Austritt aus einem Spital oder Pflegeheim ist dem Zentrum baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, nachzumelden.

11 Meldepflicht bei Unfällen

Die FlexCare-Versicherten haben das Zentrum und ihren Arzt über Unfälle und deren Behandlungen zu informieren, auch wenn diese über eine Unfallversicherung abgedeckt sind.

12 Dateneinsicht und -bearbeitung

Mit dem Abschluss von FlexCare erklären sich die FlexCare-Versicherten mit Einsicht und Bearbeitung ihrer Daten gemäss Artikel 14 und 15 einverstanden.

V Verschiedene Bestimmungen

13 Datenschutz

13.1 Das Zentrum hält die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des KVG, des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und des Gesetzes über den Datenschutz (DSG) ein.

13.2 Atupri garantiert die gewissenhafte Behandlung der in Verbindung mit FlexCare bearbeiteten Daten. Die versicherten Personen sind im Rahmen der Bestimmungen des DSG gegen den unrechtmässigen Gebrauch von sie betreffenden Daten geschützt.

14 Datenaustausch

14.1 Zur Identifikation der versicherten Personen erhält die Gesellschaft vom Versicherer den Zugriff auf die aktualisierten Personendaten der Versicherten. Diese Daten umfassen die Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht und Adresse sowie die entsprechende Versicherungsdeckung.
Die Gesellschaft, die das Zentrum betreibt, besitzt im Weiteren ein Einsichtsrecht in sämtliche eingegangenen Rechnungen, um diese im Rahmen der Versicherungsform FlexCare auszuwerten. Zur Beurteilung wird der Versicherer den Versicherten betreffende Rechnungen von Leistungserbringern dem Zentrum zur Verfügung stellen.

14.2 Das Zentrum stellt dem Versicherer die zur Leistungsfestsetzung notwendigen Daten wie namentlich Beginndatum und Dauer des Behandlungsplans für die Konsultation beim Leistungserbringer sowie bei einem Anruf das Anruf-Datum zur Verfügung. Es werden dabei keine medizinischen und sonstigen gemäss DSG besonders schützenswerten Personendaten weitergegeben.
Zudem untersteht das Zentrum der Schweigepflicht von Artikel 33 ATSG.

14.3 Mit dem Abschluss von FlexCare erklärt sich die versicherte Person mit der in diesem Anhang beschriebenen Datenverarbeitung einverstanden.

15 Beratung und Haftung

15.1 Die durch das Zentrum erteilte Beratung ist für FlexCare-Versicherte kostenlos; sie bezahlen lediglich allfällige Telefon- oder Internetgebühren ihres Telekommunikationsanbieters. Telefongespräche werden vom Zentrum aufgezeichnet und archiviert.

15.2 Die Haftung für erteilte Beratungen und Informationen liegt ausschliesslich beim Zentrum.

INHALTSVERZEICHNIS

I Allgemeine Bestimmungen
1 Grundsatz 21
2 Geltungsbereich 21

II Versicherungsverhältnis
3 Abschluss und Nutzung 21
4 Wechsel der Versicherungsform 22
5 Beendigung von SmartCare 22
6 Ausschluss von SmartCare 22
7 Betrieb und Nutzung der Applikation 22

III Prämien und Kostenbeteiligungen
8 Prämien 22
9 Kostenbeteiligungen 22

IV Rechte und Pflichten der SmartCare-Versicherten
10 Behandlungvorgehen und Behandlungsplan 23
11 Besonderheiten und Ausnahmen 23
12 Meldepflicht bei Unfällen 23
13 Dateneinsicht und -bearbeitung 23

V Verschiedene Bestimmungen
14 Datenschutz 23
15 Beratung und Haftung 24

I Allgemeine Bestimmungen

1 Grundsatz

1.1 Die Versicherung SmartCare ist eine besondere Versicherungsform der Grundversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nach Artikel 99 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV). Sie basiert auf dem Prinzip, dass mittels spezifischer Anwendungssoftware für mobile Endgeräte gemäss Nutzungsbedingungen nach Artikel 3.2 (nachfolgend "Applikation" genannt) eine auf der aktuellen medizinischen Situation der Versicherten basierende, verbindliche Vorgehensweise (Behandlungsvorgehen) abgegeben wird. Dieses Vorgehen erfolgt mittels digitaler Symptombeurteilung.

1.2 Die aus dem Behandlungsvorgehen resultierende medizinische Grundversorgung im Sinne einer ganzheitlichen, koordinierten Betreuung, Beratung und Behandlung wird dabei vorwiegend von einem Telekonsultationszentrum (nachfolgend "Zentrum" genannt) vorgenommen. Das Behandlungsvorgehen kann aber auch, je nach Schwere der Krankheit und Dringlichkeit des Gesundheitsproblems der Versicherten, Realkonsultationen bei einem Leistungserbringer umfassen. Die Gesamtheit der empfohlenen medizinischen Massnahmen wird als Behandlungsplan gemäss Artikel 10.1 bezeichnet.

1.3 SmartCare-Versicherte erklären sich mit Versicherungsabschluss zur Nutzung der Applikation sowie der Einhaltung des daraus resultierenden Behandlungsvorgehens und des Behandlungsplans gemäss Artikel 10.1 bereit. Sie tragen so zu einer kostenbewussten wie auch kostengünstigeren und effizienten medizinischen Versorgung bei, die Grundlage für die Gewährung eines Prämienrabattes gemäss Artikel 8 ist. Vorbehalten bleibt Artikel 3.3.

1.4 Das Zentrum wird durch eine von Atupri unabhängige Gesellschaft in der Schweiz betrieben, welche Ärzte und paramedizinisches Personal beschäftigt. Mittels Applikation wie auch telefonisch ist das Zentrum zeitlich unbeschränkt für eine medizinische Beratung erreichbar.

1.5 Die aus SmartCare garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der Grundversicherung unter Berücksichtigung der einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug (Artikel 10 bis 12).

2 Geltungsbereich

Sofern in diesen Bestimmungen keine anders lautenden Regelungen enthalten sind, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) von Atupri.

II Versicherungsverhältnis

3 Abschluss und Nutzung

3.1 SmartCare können alle Personen abschliessen, welche die Grundversicherung bei Atupri führen bzw. führen wollen und ihren Wohnort in dem Gebiet haben, in dem Atupri diese Versicherungsform anbietet. Der Abschluss von SmartCare erfolgt grundsätzlich auf Beginn eines Kalenderjahres; bei der Versicherungsform Standard mit ordentlicher Franchise ist der Abschluss auch auf den ersten Tag des folgenden Monats möglich.

3.2 Im Hinblick auf die Anforderung der Anwendung digitaler Technik gemäss Artikel 1.1 gelten für den Abschluss von SmartCare folgende weitere Bedingun-

gen:
- Die Nutzung eines mobilen Endgerätes für die Funktionalitäten der Applikation
- Die Nutzung des Kundenportals von Atupri ("myAtupri"). Diese umfasst auch die Zustimmung der Nutzungs- und Datenschutzbestimmungen von myAtupri Kundenportal und myAtupri App.

3.3 Die Nutzung der Applikation steht nur Personen, die nach der für sie massgebenden Rechtsordnung volljährig sind, zur Verfügung. Diese können als Erziehungsberechtigte, gesetzliche Vertreter oder anderweitig unterstützende Personen die Applikation für Dritte handhaben.

3.4 Minderjährige, welche direkt eine Beratung wünschen sowie Personen, die über kein Applikationstaugliches Mobilgerät verfügen, nutzen für die medizinische Beratung inkl. des Erwirkens des Behandlungsvorgehens die telefonischen Verbindungsmöglichkeiten. Die entsprechende Bedingung gemäss Artikel 3.2, erster Aufzählungspunkt, gilt in diesem Fall nicht.

3.5 Für Kinder bis zum 6. Altersjahr ist die Nutzung der Applikation durch die Erziehungsberechtigten nicht Bedingung.

4 Wechsel der Versicherungsform

Der Wechsel von SmartCare in eine andere Versicherungsform ist unter Beachtung der Kündigungsfristen gemäss Artikel 14.1 und 14.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) auf das Ende eines Kalenderjahres mittels Kündigung möglich.

5 Beendigung von SmartCare

5.1 Wird das Angebot von SmartCare als Ganzes oder in einem Gebiet wieder aufgehoben, können die SmartCare-Versicherten in die Versicherungsform TelFirst wechseln bzw. in die Versicherungsformen FlexCare, HMO oder CareMed, soweit letztere für die versicherten Personen angeboten werden. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von den SmartCare-Versicherten nicht ausgeübt, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

5.2 Zur Aufhebung des Angebotes von SmartCare kann auch die Beendigung der Zusammenarbeit zwischen dem Zentrum und Atupri führen.

6 Ausschluss von SmartCare

6.1 Atupri ist berechtigt, SmartCare-Versicherte unter Einhaltung einer Frist von 20 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats von SmartCare auszuschliessen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist.

6.2 Der Ausschluss von SmartCare ist möglich:

a) ab der ersten Verletzung der Pflichten für SmartCare-Versicherte gemäss Artikel 10 und 11;

b) bei Aufenthalt der SmartCare-Versicherten in einem Pflegeheim, der Pflegeabteilung eines Altersheims oder einer Abteilung für chronisch Kranke eines Akutspitals;

c) bei langdauerndem Aufenthalt von mehr als drei Monaten in einem Akutspital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik;

d) bei Auslandaufenthalten der SmartCare-Versicherten von mehr als drei Monaten;

e) wenn eine oder beide Bedingungen für die Nutzung gemäss Artikel 3.2 nicht mehr erfüllt sind. Hierzu zählen auch die vorübergehende Sperrung von mehr als 30 Tagen sowie die Beendigung des Kundenportals durch Atupri.

6.3 Der Ausschluss von SmartCare führt automatisch zum Wechsel in die Versicherungsform Standard. Der erneute Abschluss einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer ist nach einem Ausschluss während des laufenden und folgenden Kalenderjahres nicht möglich.

7 Betrieb und Nutzung der Applikation

7.1 Für den ordnungsgemässen Betrieb der Applikation ist das Zentrum verantwortlich.

7.2 Ist die Nutzung der Applikation aus technischen Gründen (temporärer Ausfall der Applikation) nicht möglich kann die Festlegung eines Behandlungspfades gemäss Artikel 1.1 über andere geeignete Kommunikationsmittel, z. B. Telefon, erfolgen.

7.3 Ist die Nutzung der Applikation aus Gründen, die bei den SmartCare-Versicherten selbst liegen, nicht möglich, kann das Erwirken eines Behandlungsvorgehens gemäss Artikel 1.1 für höchstens 30 Tage über andere geeignete Kommunikationsmittel erfolgen. Die betroffenen SmartCare-Versicherten, mit Ausnahme derjenigen nach Artikel 3.4, haben Atupri hierüber spätestens 10 Tage nach Wegfall der Nutzungsmöglichkeit zu informieren.

7.4 Zur Nutzung der Applikation ist die vorherige Zustimmung zu den Nutzungsbedingungen der "Atupri Medgate App" notwendig.

III Prämien und Kostenbeteiligungen

8 Prämien

SmartCare-Versicherte erhalten einen Rabatt auf der Prämie der Grundversicherung. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif.

9 Kostenbeteiligungen

9.1 Die ärztlichen Telekonsultationen des Zentrums werden nach den gültigen KVG-Tarifen und Verträgen abgerechnet. Alle übrigen Beratungen und nicht-ärztlichen Leistungen des Zentrums sowie die Nutzung der Applikation sind für die SmartCare-Versicherten kostenlos, vorbehältlich allfälliger Gebühren ihrer Telekommunikationsanbieter.

9.2 Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei den für die SmartCare-Versicherten erbrachten Leistungen, inkl. derjenigen des Zentrums selbst, sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) und den entsprechenden Versicherungsbedingungen von Atupri.

9.3 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen gemäss

Artikel 18 bis 20 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) steht den SmartCare-Versicherten ebenfalls offen.

IV Rechte und Pflichten der SmartCare-Versicherten

10 Behandlungsvorgehen und Behandlungsplan

10.1 SmartCare-Versicherte nutzen vor Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Behandlungen, die nicht bereits in einem bestehenden Behandlungsplan berücksichtigt sind, stets zuerst die Applikation, vorbehältlich der Artikel 7.2 und 7.3; daraus resultiert ein Behandlungsvorgehen gemäss Artikel 1.1. Danach wird ein Behandlungsplan nach Absprache mit den Versicherten, entweder über die Beratung durch das Zentrum, oder, im Falle einer Realkonsultation bei einem Leistungserbringer, mittels der Applikation erstellt. Der Behandlungsplan umfasst die voraussichtliche Behandlungsdauer, Massnahmen, verordnete Medikamente, Nachkontrollen und gegebenenfalls weitere erforderliche Leistungserbringer und entspricht dabei dem Grundsatz einer kostengünstigen und effizienten medizinischen Behandlung.

10.2 Der Behandlungsplan ist für SmartCare-Versicherte insofern verbindlich, als sie sich verpflichten, nur die festgelegten Leistungserbringer innerhalb der definierten Behandlungsdauer aufzusuchen.

10.3 Die Wahl von Leistungserbringern gemäss Artikel 35 KVG (wie Ärzte, Personen die auf ärztliche Anordnung tätig sind, Apotheken, Abgabestellen für Hilfsmittel usw.) wird zur Realisierung einer kostengünstigeren medizinischen Behandlung eingeschränkt. SmartCare-Versicherte werden im Rahmen des vereinbarten Behandlungsplans zudem zur Inanspruchnahme von medizinischen Programmen und Leistungen, die durch das Zentrum oder von ihr beauftragten Leistungserbringern erbracht werden, verpflichtet, wenn solche angeboten werden.

10.4 Allfällige Vereinbarungen und Überweisungen zwischen bisherigen Leistungserbringern und der versicherten Person, die vor einem Übertritt in die Versicherungsform SmartCare getroffen wurden, haben keine Gültigkeit und bleiben unberücksichtigt.

10.5 Wird im Laufe der Behandlung eine Anpassung des Behandlungsplanes bezüglich Dauer und/oder Leistungserbringer notwendig, hat dies der SmartCare-Versicherte in der Applikation anzupassen bzw. dem Zentrum zu melden.

10.6 Weiterweisungen ausserhalb des festgelegten Behandlungsplans sind vorgängig dem Zentrum zu melden.

10.7 Soweit eine Erfassung im Behandlungsplan möglich ist, hat bei Behandlungen von medizinischen Hilfspersonen wie namentlich Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, die im Auftrag vom Arzt Leistungen erbringen, nach der Überweisung eine Kontaktaufnahme mit dem Zentrum zu erfolgen. Die Überweisung an die medizinische Hilfsperson muss in jedem Fall durch einen Arzt im Rahmen des vereinbarten Behandlungsplans und dessen Geltungsdauer erstellt worden sein.

10.8 Resultiert aus der Anwendung der Applikation die Anweisung einer Realkonsultation bei einem Leistungserbringer, entfällt die Beratung durch das Zentrum.

11 Besonderheiten und Ausnahmen

11.1 Notfallbehandlungen sind dem Zentrum baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, nachzumelden.

11.2 Für die jährlichen gynäkologischen und augenärztlichen Vorsorgeuntersuchungen ist die vorherige Nutzung der Applikation zur Erstellung eines Behandlungsplans nicht notwendig.

11.3 Bei Eintritt in ein Spital oder Pflegeheim sowie vor Antritt einer Bade- oder Erholungskur ist die vorherige Nutzung der Applikation zur Erstellung eines Behandlungsplans nicht notwendig. Stattdessen ist mit dem Zentrum oder ihrem behandelnden Arzt vorgängig abzusprechen und erfordert dessen Zustimmung.

11.4 Das Einreichen von Belegen aller Art sowie die Bezahlung von Rechnungen hat auf elektronischem Weg zu erfolgen.

12 Meldepflicht bei Unfällen

Die SmartCare-Versicherten haben das Zentrum oder ihren behandelnden Arzt über Unfälle und deren Behandlungen spätestens innert 30 Tagen seit dem Unfallereignis zu informieren, auch wenn diese über eine Unfallversicherung abgedeckt sind.

13 Dateneinsicht und -bearbeitung

Mit dem Abschluss von SmartCare erklären sich die SmartCare-Versicherten mit Einsicht und Bearbeitung ihrer Daten gemäss Artikel 14 einverstanden.

V Verschiedene Bestimmungen

14 Datenschutz

14.1 Atupri Gesundheitsversicherung AG (Atupri), Zieglerstrasse 29, 3001 Bern, (E-Mail rcg@atupri.ch), bearbeitet Personendaten der SmartCare-Versicherten als datenschutzrechtlich Verantwortliche zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Rahmen der Grundversicherung, gemäss der vorliegenden Bestimmungen und insbesondere zum Zweck der Kostenübernahme. Bei der Bearbeitung der Personendaten von SmartCare-Versicherten untersteht Atupri insbesondere den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG).

14.2 Für den Betrieb der Applikation ist ausschliesslich deren Betreiber verantwortlich. Angaben zu diesem sowie zu den mit der Applikation verbundenen Datenverarbeitungen sind in den Nutzungsbestimmungen der Applikation zu finden. Das Zentrum und weitere Leistungserbringer sind für ihre Bearbeitung von Personendaten der SmartCare-Versicherten verantwortlich.

14.3 Zur Identifikation der versicherten Personen gewährt Atupri dem Zentrum oder einem von diesem autori-

sierten Dritten Zugriff auf die Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht und Adresse sowie die entsprechende Versicherungsdeckung der SmartCare-Versicherten. Das Zentrum besitzt im Weiteren ein Einsichtsrecht in sämtliche eingegangene Rechnungen, um die Einhaltung des Behandlungsplans durch die SmartCare-Versicherten zu überprüfen. Dazu wird Atupri die betreffenden Rechnungen dem Zentrum auf Anfrage zur Verfügung stellen. Die Mitarbeiter der Leistungserbringer bzw. des Zentrums unterstehen gesetzlichen Verschwiegenheitspflichten.

14.4 Das Zentrum oder ein von diesem autorisierten Dritten übermittelt Atupri die zur Leistungsfestsetzung erforderlichen Personendaten, zum Beispiel Beginn und Dauer des Behandlungsplans sowie bei einem Anruf das Anruf-Datum. Atupri kann zur Prüfung, ob sie zur Vergütung einer Leistung verpflichtet ist, die erforderlichen Auskünfte medizinischer Natur wie Untersuchungsbefunde oder Arztberichte vom Zentrum verlangen. In diesem Fall informiert Atupri den SmartCare-Versicherten vorgängig. Auf Verlangen des SmartCare-Versicherten werden medizinische Daten nur dem Vertrauensarzt von Atupri bekanntgeben.

15 Beratung und Haftung

15.1 Nebst den ordentlichen Behandlungskosten werden für die SmartCare-Versicherten allfällige Telefon- oder Internetgebühren ihres Telekommunikationsanbieters fällig. Telefongespräche werden vom Zentrum aufgezeichnet und archiviert.

15.2 Die Haftung für alle telemedizinisch erteilten Beratungen und Informationen liegt beim Zentrum. Atupri schliesst diesbezüglich jede Haftung aus.

15.3 Atupri haftet nicht für die Verfügbarkeit und den Betrieb der Applikation.