

Ausgabe 1. Januar 2024

Versicherungsbedingungen (VB) PREMED-24-Versicherung – Besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

Allgemeine Bestimmungen

- 1 Was ist die PREMED-Versicherung?
- 2 Welche Grundsätze gelten bei der PREMED-24-Versicherung?
- 3 Auf welchen Rechtsgrundlagen basiert diese Versicherung?
- 4 Wer ist versichert?

Abschluss / Kündigung / Aufhebung der Versicherung

- 5 Wer kann diese Versicherung abschliessen?
- 6 Wie und wann kann ich den Vertrag kündigen?
- 7 Kann der Versicherte die PREMED-24-Versicherung einstellen?

Prämien und Kostenbeteiligungen

- 8 Welche Bedingungen gelten bezüglich Prämien und Kostenbeteiligungen?

Rechte und Pflichten

- 9 Wie muss ich mich bei Krankheit und Unfall verhalten?
- 10 Wozu muss ich mich als versicherte Person verpflichten?
- 11 Gibt es Ausnahmen von dieser Verpflichtung?
- 12 Was muss ich als versicherte Person in einem Notfall tun?
- 13 Wie muss man vorgehen bei chronischer Erkrankung?
- 14 Welche Rechte und Obliegenheiten sind bezüglich der Versichertenkarte zu berücksichtigen?
- 15 Welche Bedingungen gelten bezüglich Mitteilungen und Zahlungen?
- 16 Wie wird die Fälligkeit geregelt?

Verletzung von Pflichten

- 17 Welche Folgen hat ein Verstoß gegen diese Versicherungsbedingungen?

Verschiedenes

- 18 Welche Daten werden mit der telefonischen Gesundheitsberatung ausgetauscht?
- 19 Kann die Unfalldeckung sistiert werden?
- 20 Wie ist die Haftung geregelt?
- 21 Was passiert im Streitfall?
- 22 Ab wann gelten diese Versicherungsbedingungen?

Einleitung

Alle im Text verwendeten Begriffe, welche Personen bezeichnen, sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Der auf der Police genannte Rechtsträger erbringt die Versicherungsleistungen und wird als Versicherer bezeichnet.

Allgemeine Bestimmungen

1 Was ist die PREMED-Versicherung?

Die PREMED-24-Versicherung ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

2 Welche Grundsätze gelten bei der PREMED-24-Versicherung?

Die versicherten Personen oder an ihrer Stelle eine Drittperson treten vor Vereinbarung eines Termins für eine medizinische Behandlung bei einem Leistungserbringer (Ärzte, Chiropraktoren, Hebammen, Spitäler etc.) mit der telefonischen Gesundheitsberatung in Kontakt.

Die telefonische Gesundheitsberatung erbringt keine diagnostischen oder therapeutischen Leistungen, sondern beschränkt sich auf die medizinische Beratung und eine Empfehlung für die nächsten Behandlungsschritte und soweit erforderlich für die Konsultation bei einem Leistungserbringer nach Wahl je nach Schwere der Erkrankung und Dringlichkeit des Gesundheitsproblems.

Ist eine Nachkontrolle durch den behandelnden Arzt oder eine Überweisung an einen anderen Leistungserbringer erforderlich, muss die versicherte Person nochmals mit der telefonischen Gesundheitsberatung Kontakt aufnehmen.

3 Auf welchen Rechtsgrundlagen basiert diese Versicherung?

- 3.1 Für die PREMEDI-24-Versicherung sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG), die Bestimmungen des KVG und dessen Ausführungsbestimmungen sowie die vorliegenden Versicherungsbedingungen massgebend.
- 3.2 Diese Versicherungsbedingungen enthalten nur die Bestimmungen, die ergänzend zu den in Ziff. 3.1 erwähnten Rechtsgrundlagen zur Anwendung gelangen.

4 Wer ist versichert?

Versichert sind die in der Versicherungspolice aufgeführten Personen.

Abschluss / Kündigung / Aufhebung der Versicherung

5 Wer kann diese Versicherung abschliessen?

Die PREMEDI-24-Versicherung können im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen alle Personen abschliessen. Ausgenommen von der Aufnahme sind Personen, die für eine bestimmte Zeit aus diesem Versicherungsprodukt (Ziff. 17) ausgeschlossen wurden.

6 Wie und wann kann ich den Vertrag kündigen?

Der Wechsel von der PREMEDI-24-Versicherung in die obligatorische Krankenpflegeversicherung ist unter Beachtung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich. Sie hat schriftlich zu erfolgen und führt zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung des Versicherers oder eines anderen Krankenversicherers. Der Wechsel des Versicherers während des Kalenderjahres aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen bleibt vorbehalten.

7 Kann der Versicherer die PREMEDI-24-Versicherung einstellen?

Der Versicherer kann die PREMEDI-24-Versicherung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von zwei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen.

Prämien und Kostenbeteiligungen

8 Welche Bedingungen gelten bezüglich Prämien und Kostenbeteiligungen?

- 8.1 In der Premedi-24-Versicherung kann ein Rabatt auf die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gewährt werden. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif.
- 8.2 Versicherte Personen können gegen Prämienermässigung höhere Jahresfranchisen wählen. Einzelheiten sind in den entsprechenden Vorschriften des Bundes geregelt und werden auf der Homepage des Versicherers sowie mit der jährlichen Policenbeilage veröffentlicht.
- 8.3 Beginnt oder endet das Versicherungsverhältnis im Laufe eines Kalendermonats, werden die Prämien auf den Tag genau erhoben.
- 8.4 Die Prämien werden in der Regel monatlich erhoben, sind im Voraus zahlbar und werden am 1. Tag jedes Monats fällig. Wurden andere Zahlungsperioden vereinbart, werden die Prämien jeweils am 1. Tag der entsprechenden Periode fällig.
- 8.5 Ist die Prämie ausstehend, wird die versicherte Person durch Mahnung auf die Folgen der Säumnis aufmerksam gemacht und eine Nachfrist zur Bezahlung der rückständigen Prämie angesetzt. Erfolgt innert der Nachfrist keine Bezahlung, wird die Prämie auf dem Betreuungsweg eingezogen.
- 8.6 Im Falle von Direktzahlungen an die Leistungserbringer durch den Versicherer ist die versicherte Person verpflichtet, vereinbarte Jahresfranchisen und/oder Selbstbehalte innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung dem Versicherer zurückzuerstatten. Kommt die versicherte Person ihrer Zahlungspflicht nicht nach, gilt Ziff. 8.5 sinngemäss.
- 8.7 Die durch die Rückstände in der Prämienzahlung und den Kostenbeteiligungen verursachten Gebühren wie z. B. Mahnspesen und Inkassogebühren gehen zulasten der versicherten Person.
- 8.8 Für Ratenzahlungsvereinbarungen bei Zahlungsrückständen wird eine Gebühr erhoben. Die Höhe der Gebühr wird in Abhängigkeit von der Forderungshöhe sowie der vereinbarten Rückzahlungsdauer festgelegt.

Rechte und Pflichten

9 Wie muss ich mich bei Krankheit und Unfall verhalten?

Die versicherten Personen haben die ärztlichen Anordnungen zu befolgen und alles zu tun, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert.

10 Wozu muss ich mich als versicherte Person verpflichten?

Die versicherten Personen verpflichten sich, vor Vereinbarung eines Termins für eine medizinische Behandlung bei einem Leistungserbringer die telefonische Gesundheitsberatung zu kontaktieren. Für Nachkontrollen und Überweisungen an andere Leistungserbringer ist nochmals eine Rücksprache mit der telefonischen Gesundheitsberatung erforderlich (vgl. Ziff. 2).

11 Gibt es Ausnahmen von dieser Verpflichtung?

Bei einem Aufenthalt im Ausland ist die vorgängige Kontaktnahme mit der telefonischen Gesundheitsberatung nicht zwingend. Ebenso ist für gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen keine vorgängige Beratung durch die telefonische Gesundheitsberatung erforderlich.

Für augenärztliche Behandlungen sowie für eine erste Brillen bzw. Kontaktlinsenverordnung ab dem 19. Altersjahr hat die versicherte Person sich zuerst an die telefonische Gesundheitsberatung zu wenden. Folgeanpassungen können direkt durch einen Augenoptiker erfolgen und setzen keine vorgängige Beratung durch die telefonische Gesundheitsberatung voraus.

12 Was muss ich als versicherte Person in einem Notfall tun?

Für Notfallkonsultationen ist bei offensichtlich hoher Dringlichkeit kein vorheriger Kontakt mit der telefonischen Gesundheitsberatung erforderlich. Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand einer Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich oder als unmittelbar behandlungsbedürftig eingeschätzt wird. Ein neu oder wieder auftretendes Gesundheitsproblem auch ausserhalb von Praxisöffnungszeiten gilt nicht grundsätzlich als Notfall. Sind im Anschluss an eine Notfallbehandlung Nachkontrollen oder Folgebehandlungen notwendig, so gilt für diese die Verpflichtung gemäss Ziff. 10.

13 Wie muss man vorgehen bei chronischer Erkrankung?

Bei einer chronischen Erkrankung muss die versicherte Person in regelmässigen Abständen von drei Monaten die telefonische Gesundheitsberatung kontaktieren. Ob eine chronische Erkrankung vorliegt, hat der behandelnde Arzt zu bestätigen. Für alle übrigen Gesundheitsprobleme, die nicht als chronisch zu bezeichnen sind, gilt die Verpflichtung gemäss Ziff. 10.

14 Welche Rechte und Obliegenheiten sind bezüglich der Versichertenkarte zu berücksichtigen?

- 14.1 Die versicherten Personen erhalten eine Versichertenkarte. Diese dient als Ausweis gegenüber Leistungserbringern. Sofern entsprechende Verträge vorliegen, berechtigt sie zudem zum Bezug von Leistungen wie z. B. der bargeldlose Bezug ärztlich verschriebener Medikamente in Apotheken.
- 14.2 Die Versichertenkarte ist während der Dauer der Versicherungsdeckung gültig. Sie darf weder ausgeliehen noch übertragen noch sonstwie Dritten zugänglich gemacht werden. Geht die Versichertenkarte verloren oder kommt sie der versicherten Person sonstwie abhanden, ist der Versicherer darüber unverzüglich zu benachrichtigen. Nach Wegfall der Versicherungsdeckung hat die versicherte Person die Versichertenkarte sofort zu vernichten.
- 14.3 Wird die Versichertenkarte missbräuchlich verwendet, haftet die Person, auf welche die Versichertenkarte ausgestellt ist, für den dem Versicherer entstandenen Schaden. Insbesondere sind die zu Unrecht erfolgten Versicherungsleistungen dem Versicherer zurückzuerstatten und die damit verbundenen Gebühren zu übernehmen. Vorbehalten bleibt schuldloses Verhalten.

15 Welche Bedingungen gelten bezüglich Mitteilungen und Zahlungen?

- 15.1 Mitteilungen an den Versicherer sind an die in der Police angegebene Adresse zu richten. Mitteilungen und Zahlungen seitens des Versicherers erfolgen rechtsgültig an die von der versicherten Person zuletzt angegebene Adresse bzw. Zahladresse.
- 15.2 Eine Adressänderung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich zu melden. Bewirkt ein Wohnsitzwechsel eine Prämienänderung, passt der Versicherer die Prämie auf den Ersten des folgenden Monats an.
- 15.3 Die versicherte Person hat verschiedene Möglichkeiten, ihre Prämien und Kostenbeteiligungen gebührenfrei zu bezahlen. Gebühren, die durch Einzahlungen am Postschalter entstehen, kann der Versicherer der versicherten Person weiterverrechnen.
- 15.4 Zahlungen auf ein Post- oder Bankkonto in der Schweiz erfolgen spesenfrei. Für Überweisungen auf ein Konto im Ausland kann eine Gebühr von CHF 3.– in Abzug gebracht werden. Ohne Konto-Verbindung erfolgen Zahlungen mittels Auszahlungsschein (ASR) und die anfallenden Gebühren werden vom Guthaben abgezogen.
- 15.5 Weitere Informationen und verbindliche Mitteilungen wie zum Beispiel Änderungen der vorliegenden Versicherungsbedingungen werden auf der Homepage des Versicherers sowie mit der jährlichen Policenbeilage veröffentlicht.

16 Wie wird die Fälligkeit geregelt?

Im Zeitpunkt der Behandlung entsteht der Anspruch auf Leistungen.

Verletzung von Pflichten

17 Welche Folgen hat ein Verstoss gegen diese Versicherungsbedingungen?

Liegt ein Verstoss gegen die Pflichten gemäss diesen Versicherungsbedingungen vor, ist der Versicherer berechtigt, die versicherten Personen unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonates für mindestens 12 Monate aus der PREMED-24-Versicherung auszuschliessen. Der Ausschluss erfolgt schriftlich unter Angabe des pflichtwidrigen Verhaltens. Dies führt automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung des Versicherers.

Verschiedenes

18 Welche Daten werden mit der telefonischen Gesundheitsberatung ausgetauscht?

Der Versicherer liefert der telefonischen Gesundheitsberatung Personenstammdaten der versicherten Personen, welche für die Identifikation der Betroffenen und somit für die Abwicklung der PREMED-24-Versicherung notwendig sind.

Der Versicherer erhält von der telefonischen Gesundheitsberatung diejenigen Daten, die er benötigt, um die korrekte Abwicklung der PREMED-24-Versicherung, insbesondere die Einhaltung der Pflicht der versicherten Personen zur telefonischen Gesundheitsberatung, prüfen zu können. Dabei werden die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG), des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und des Datenschutzgesetzes (DSG) eingehalten.

19 Kann die Unfalldeckung sistiert werden?

Eine versicherte Person, die obligatorisch für Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert ist, kann die Sistierung der Unfalldeckung beantragen.

Scheidet die versicherte Person aus der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) aus, muss sie dies dem Versicherer innert eines Monats melden.

20 Wie ist die Haftung geregelt?

Die Haftung für die therapeutischen und diagnostischen Leistungen liegt ausschliesslich bei den jeweiligen durch die versicherten Personen gewählten Leistungserbringer.

21 Was passiert im Streitfall?

Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid des Versicherers nicht einverstanden, kann sie eine schriftliche Verfügung verlangen. Diese Verfügung enthält eine Rechtsmittelbelehrung.

22 Ab wann gelten diese Versicherungsbedingungen?

Diese Versicherungsbedingungen treten am 1. Januar 2024 in Kraft. Sie ersetzen die Versicherungsbedingungen für die PREMED-24-Versicherung, Ausgabe 1. Januar 2021.