

Ausgabe 1. Juli 2016

Versicherungsbedingungen (VB) BeneFit PLUS Versicherung – Besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

Allgemeine Bestimmungen

- 1 Grundlagen der Versicherung
- 2 Versicherte Person
- 3 Versicherungsumfang

Beginn, Änderung und Ende der Versicherung

- 4 Abschluss der Versicherung
- 5 Sistierung der Unfalldeckung
- 6 Wählbare Jahresfranchise
- 7 Änderung der Versicherung
- 8 Kündigung durch die versicherte Person
- 9 Einstellung durch den Versicherer

Prämien und Kostenbeteiligung

- 10 Prämien
- 11 Prämienrabatt
- 12 Kostenbeteiligung
- 13 Gebühren

Rechte und Pflichten des Versicherers

- 14 Mitteilungen und Zahlungen
- 15 Fälligkeit von Leistungen

Rechte und Pflichten der versicherten Person

- 16 Einschränkung in der Wahl des Leistungserbringers
- 17 Ausnahmen von der Einschränkung in der Wahl des Leistungserbringers
- 18 Notfall
- 19 Massnahmen zur integrierten Versorgung und Lenkung
- 20 Schadenminderungspflicht
- 21 Mitteilungen
- 22 Versichertenkarte

Verletzung von Pflichten

- 23 Konsequenzen bei Verstoß gegen die Verpflichtungen

Versicherungsoptionen

- 24 Wählbare koordinierende Leistungserbringer

Verschiedenes

- 25 Auswirkungen auf die Zusatzversicherungen
- 26 Datenschutz und Datenbearbeitung
- 27 Rechtspflege
- 28 Haftung
- 29 Inkrafttreten

Einleitung

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

Allgemeine Bestimmungen

1 Grundlagen der Versicherung

Die BeneFit PLUS 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). Versichert werden die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Das Unfallrisiko ist eingeschlossen, wenn es auf der Police aufgeführt ist. Massgebend 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, welche in Ergänzung zu den gesetzlichen Bestimmungen erlassen werden.

Die BeneFit PLUS Versicherung umfasst verschiedene Optionen in der Wahl des Leistungserbringers. Die versicherte Person verpflichtet sich bei allen Optionen, die vereinbarten Einschränkungen in der Wahl des Leistungserbringers zu befolgen sowie die Massnahmen zur integrierten Versorgung und Lenkung einzuhalten.

2 Versicherte Person

Versichert ist die in der Versicherungspolice aufgeführte Person.

3 Versicherungsumfang

Die in der BeneFit PLUS Versicherung garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter Berücksichtigung der einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug (Ziff. 16–20).

Die versicherte Person erklärt mit der Unterzeichnung des Versicherungsantrags ihr Einverständnis mit den einschränkenden Bestimmungen.



Beginn, Änderung und Ende der Versicherung

4 Abschluss der Versicherung

Jede Person, die die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt und sich mit den in diesen Versicherungsbedingungen festgehaltenen Einschränkungen in der Wahl eines koordinierenden Leistungserbringers sowie den angeordneten Massnahmen einverstanden erklärt und im Versorgungsgebiet der BeneFit PLUS Versicherung wohnhaft ist, kann eine BeneFit PLUS Versicherung abschliessen. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die Versicherungsänderung (Ziff. 7). Ausgenommen von der Aufnahme in die BeneFit PLUS Versicherung sind Personen, die für eine bestimmte Zeit aus diesem Versicherungsprodukt ausgeschlossen wurden (Ziff. 23).

Die versicherte Person wählt beim Abschluss der BeneFit PLUS Versicherung einen koordinierenden Leistungserbringer aus dem Angebot des Versicherers für das dem zivilrechtlichen Wohnsitz der versicherten Person entsprechenden Versorgungsgebiet aus.

5 Sistierung der Unfalldeckung

Eine versicherte Person, die obligatorisch für Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert ist, kann die Sistierung der Unfalldeckung beantragen. Die Sistierung erfolgt auf den Ersten des dem Antrag folgenden Monats.

Scheidet die versicherte Person aus der obligatorischen Unfallversicherung aus, muss sie dies der Versicherung innert eines Monats melden.

6 Wählbare Jahresfranchise

Die versicherte Person kann gegen eine Prämienermässigung eine höhere Jahresfranchise wählen. Einzelheiten sind in den entsprechenden Vorschriften des Bundes geregelt und werden in der offiziellen Kundenzeitschrift und auf der Homepage des Versicherers veröffentlicht.

7 Änderung der Versicherung

Ist die ärztliche Behandlung durch den koordinierenden Leistungserbringer nicht oder nicht mehr möglich (insbesondere bei Aufenthalt im Pflegeheim und Behandlung durch dessen Arzt, Wegzug aus dem Versorgungsgebiet des gewählten koordinierenden Leistungserbringers, Ausscheiden des koordinierenden Leistungserbringers aus dem Versorgungssystem des Versicherers, Auslandsaufenthalt usw.), ist der Versicherer berechtigt, die BeneFit PLUS Versicherung ohne vorgängige Ankündigung unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats aufzuheben.

Die versicherte Person kann jedoch, sofern sie aus dem Versorgungsgebiet wegzieht, der koordinierende Leistungserbringer aus einem Versorgungsgebiet ausscheidet oder dieser längere Zeit abwesend ist, innert 30 Tagen nach schriftlicher Mitteilung des Wohnsitzwechsels bzw. der Bekanntgabe des Ausscheidens oder der Abwesenheit des koordinierenden Leistungserbringers aus dem Angebot des Versicherers für das betreffende Versorgungsgebiet einen neuen koordinierenden Leistungserbringer wählen. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von der versicherten Person nicht ausgeübt, führt dies automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung des Versicherers.

In begründeten Fällen kann die versicherte Person den koordinierenden Leistungserbringer wechseln und aus dem Angebot des Versicherers einen neuen koordinierenden Leistungserbringer wählen. Das Gesuch für einen Wechsel hat unter Angabe der Gründe schriftlich und vor Inanspruchnahme der Leistung beim neu gewählten Leistungserbringer zu erfolgen und ist direkt an den Versicherer zu richten.

8 Kündigung durch die versicherte Person

Die Kündigung der BeneFit PLUS Versicherung ist unter Beachtung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres oder nach Mitteilung der neuen Prämie unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht, möglich. Sie hat schriftlich zu erfolgen und führt zum Wechsel in die neu gewählte obligatorische Krankenpflegeversicherung. Die gesetzlichen Bestimmungen bleiben vorbehalten.

9 Einstellung durch den Versicherer

Der Versicherer kann die BeneFit PLUS Versicherung oder eine Option der BeneFit PLUS Versicherung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 2 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen.

Die versicherte Person hat die Wahl per Datum der Einstellung, entweder in eine andere besondere Versicherungsform oder die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu wechseln. Die versicherte Person wird gleichzeitig mit der Kündigung durch den Versicherer auf die Möglichkeiten aufmerksam gemacht.

Wird das Wahlrecht von der versicherten Person bis zum Ende der Kündigungsfrist nicht ausgeübt, führt dies automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung des Versicherers.



Prämien und Kostenbeteiligung

10 Prämien

Beginnt oder endet das Versicherungsverhältnis im Laufe eines Kalendermonats, werden die Prämien auf den Tag genau erhoben.

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.

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 Betreibungsweg eingezogen.

11 Prämienrabatt

In allen Optionen der BeneFit PLUS Versicherung kann ein Rabatt auf die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gewährt werden. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif. Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei den für die versicherte Person erbrachten Leistungen sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes erfolgt nach den massgebenden Vorschriften des Bundes und wird in der offiziellen Kundenzeitschrift bzw. auf der Homepage des Versicherers veröffentlicht.

12 Kostenbeteiligung

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. 10 sinngemäss.

13 Gebühren

Die durch die Rückstände in der Prämienzahlung und den Kostenbeteiligungen verursachten Gebühren wie z.B. Mahnspesen und Inkassogebühren gehen zulasten der versicherten Person.

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 des Versicherers

14 Mitteilungen und Zahlungen

Mitteilungen an den Versicherer sind an die in der Police angegebene Adresse zu richten.

Die versicherte Person erhält Mitteilungen und Zahlungen vom Versicherer an die zuletzt gemeldete Adresse in der Schweiz zugestellt.

Weitere Informationen und verbindliche Mitteilungen wie zum Beispiel Änderungen der vorliegenden Versicherungsbedingungen werden auf der Homepage des Versicherers, der Kundenzeitschrift sowie mit der jährlichen Policenbeilage veröffentlicht.

Zahlungen an die versicherte Person erfolgen spesenfrei auf deren Post- oder Bankkonto. Wünscht die versicherte Person eine Auszahlung mittels Auszahlungsscheins (ASR), werden ihr die entsprechenden Gebühren vollumfänglich überbunden.

15 Fälligkeit von Leistungen

Der Anspruch auf Leistungen entsteht im Zeitpunkt der Behandlung.



Rechte und Pflichten der versicherten Person**16 Einschränkung in der Wahl des Leistungserbringers**

Die versicherte Person ist verpflichtet, sich vor Inanspruchnahme jeglicher medizinischer Leistungen und Behandlungen immer zuerst an den von ihr gewählten koordinierenden Leistungserbringer (oder gegebenenfalls an den von diesem bezeichneten Stellvertreter) zu wenden.

Unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person sowie der allfälligen Massnahmen zur integrierten Versorgung (Ziff. 19) legt der koordinierende Leistungserbringer den optimalen und adäquaten Behandlungsablauf fest (insbesondere auch Überweisung an weitere Ärzte oder medizinische Hilfspersonen und/oder die Anordnung, diese zu konsultieren). Der allenfalls vorgegebene Behandlungsablauf ist für die versicherte Person verbindlich. Ergibt sich im Rahmen des Behandlungsablaufes eine Änderung, die nicht vorgesehen war, oder reicht der ursprünglich für die Behandlung vorgesehene Zeitrahmen nicht aus, ist die versicherte Person verpflichtet, erneut den koordinierenden Leistungserbringer zu kontaktieren. Dies gilt insbesondere auch bei chronischen Erkrankungen.

17 Ausnahmen von der Einschränkung in der Wahl des Leistungserbringers

Für gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und die geburtshilfliche Betreuung ist keine vorgängige Kontaktaufnahme mit dem koordinierenden Leistungserbringer erforderlich.

Für augenärztliche Behandlungen sowie für eine erste Brillen- bzw. Kontaktlinsenverordnung hat die versicherte Person sich zuerst an den koordinierenden Leistungserbringer zu wenden. Folgeanpassungen können direkt durch einen Spezialarzt für Ophthalmologie erfolgen und setzen keine vorgängige Beratung durch den koordinierenden Leistungserbringer voraus.

Zahnärztliche Behandlungen können direkt durch einen Zahnarzt erfolgen und setzen keine Überweisung durch den koordinierenden Leistungserbringer voraus.

18 Notfall

In einer Notfallsituation gelangt die versicherte Person wenn immer möglich an den koordinierenden Leistungserbringer. Falls dieser nicht erreichbar sein sollte, ist der Notfallarzt oder die regionale Notfallorganisation am Wohnort, gegebenenfalls am Aufenthaltsort, zu kontaktieren.

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.

Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitaleinweisung oder eine Behandlung beim Notfallarzt nötig, ist die versicherte Person verpflichtet, zum nächstmöglichen Zeitpunkt den koordinierenden Leistungserbringer zu orientieren oder orientieren zu lassen und ihm eine Bescheinigung des Notfallarztes einzureichen.

Sollte anschliessend eine Kontrollkonsultation nötig sein, so hat sich die versicherte Person dafür an den koordinierenden Leistungserbringern zu wenden. Mit dessen Einverständnis kann die weitere Behandlung so lange wie notwendig beim Notfallarzt erfolgen.

19 Massnahmen zur integrierten Versorgung und Lenkung

Ist bei Vorliegen einer spezifischen (insbesondere chronischen oder potenziell chronischen) Erkrankung eine ganzheitliche Versorgungsplanung angezeigt, ist die versicherte Person verpflichtet, sich speziellen Massnahmen zur integrierten Versorgung zu unterziehen. Diese können zum Beispiel Disease-Management-Programme, Case-Management oder die Auswahl besonderer Leistungserbringer beinhalten. Die versicherte Person wird vom Versicherer, dem koordinierenden Leistungserbringer oder von einem anbietenden Dritten auf die Massnahmen aufmerksam gemacht und ist verpflichtet, diese zu befolgen.

Die versicherte Person ist verpflichtet, geplante Spitalbehandlungen (ambulant und stationär) mindestens 10 Tage im Voraus dem koordinierenden Leistungserbringer oder dem Versicherer zu melden.

Die versicherte Person ist verpflichtet, beim Bezug von Medikamenten, Laborleistungen, Hilfsmittel usw. kostengünstige Bezugsquellen (z.B. Versandapotheken) zu berücksichtigen. Die im jeweiligen Fall zu berücksichtigende Bezugsquelle wird ihr vom Versicherer oder vom koordinierenden Leistungserbringer mitgeteilt.

Die versicherte Person verpflichtet sich, sich mit dem Medikament behandeln zu lassen, welches zur Behandlung des Leidens am wirtschaftlichsten ist. Es kann sich dabei um ein Generikum oder ein wirtschaftliches Originalpräparat handeln. Wird von der versicherten Person ein Medikament bezogen, für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, macht sie der Versicherer oder der koordinierende Leistungserbringer darauf aufmerksam.



20 Schadenminderungspflicht

Die versicherte Person hat die ärztlichen Anordnungen zu befolgen und alles zu tun, was die Genesung fördert, und alles zu unterlassen, was sie verzögert.

21 Mitteilungen

Mitteilungen an den Versicherer sind an den in der Police angegebenen Absender oder an den Hauptsitz zu richten.

Eine Adressänderung ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich zu melden. Bewirkt ein Wohnsitzwechsel eine Prämienänderung, passt der Versicherer die Prämien auf den Ersten des folgenden Monats an.

22 Versichertenkarte

Die versicherte Person erhält eine Versichertenkarte. Diese dient als Ausweis gegenüber Leistungserbringern. Sofern entsprechende Verträge vorliegen, berechtigt sie zudem zum Bezug von Leistungen wie z.B. dem bargeldlosen Bezug ärztlich verschriebener Medikamente in Apotheken.

Die Versichertenkarte ist während der Dauer der Versicherungsdeckung gültig. Sie darf weder ausgeliehen noch übertragen noch sonst wie Dritten zugänglich gemacht werden. Geht die Versichertenkarte verloren oder kommt sie der versicherten Person sonst wie abhanden, ist der Versicherer unverzüglich darüber zu benachrichtigen. Nach Wegfall der Versicherungsdeckung hat die versicherte Person die Versichertenkarte sofort zu vernichten.

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.

Verletzung von Pflichten**23 Konsequenzen bei Verstoss gegen die Verpflichtungen**

Liegt ein Verstoss gegen die Verpflichtungen gemäss diesen Versicherungsbedingungen vor, ist der Versicherer, unter Berücksichtigung der Verhältnismässigkeit, berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonates für mindestens 12 Monate aus der BeneFit PLUS Versicherung auszuschliessen und/oder Kosten für Leistungen nicht zu übernehmen, die nicht durch den koordinierenden Leistungserbringer ausgeführt oder angeordnet wurden oder dessen Anordnungen widersprechen. Die Mitteilung des Ausschlusses bzw. die Kostenablehnung erfolgt schriftlich und unter Angabe des pflichtwidrigen Verhaltens. Ein Ausschluss aus der BeneFit PLUS Versicherung führt automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung des Versicherers.

Versicherungsoptionen**24 Wählbare koordinierende Leistungserbringer**

Die versicherte Person kann folgende Optionen wählen:

- telefonische bzw. telemedizinische Gesundheitsberatung
- koordinierender Hausarzt oder koordinierende Gruppenpraxis



Verschiedenes

25 Auswirkungen auf die Zusatzversicherungen

Die einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug in der BeneFit PLUS Versicherung können auch für beim Versicherer abgeschlossene Zusatzversicherungen gelten, wobei hierfür die einschlägigen Versicherungsbedingungen der entsprechenden Zusatzversicherungen massgebend sind.

26 Datenschutz und Datenbearbeitung

Datenschutz

Die Datenbearbeitung erfolgt in Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG), des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und des Datenschutzgesetzes (DSG).

Datenbearbeitung

Mit dem Abschluss der BeneFit PLUS Versicherung willigt die versicherte Person ein, dass der Versicherer, der koordinierende Leistungserbringer oder in dessen Auftrag handelnde Dritte sich gegenseitig Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer vollständigen medizinischen Versorgung übermitteln, soweit diese für die Abwicklung der BeneFit PLUS Versicherung und insbesondere für die Überprüfung der Einhaltung der Pflichten der versicherten Personen benötigt werden. Ebenso willigt die versicherte Person in die Bearbeitung dieser Daten durch den Versicherer ein. Beim Wechsel zu einem anderen koordinierenden Leistungserbringer willigt die versicherte Person der Weitergabe dieser Informationen an den neuen koordinierenden Leistungserbringer in schriftlicher Form ein und entbindet zugleich den bisherigen koordinierenden Leistungserbringer vom Berufsgeheimnis für diese Datenbekanntgabe.

27 Rechtspflege

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

28 Haftung

Die Haftung für die therapeutischen und diagnostischen Leistungen liegt ausschliesslich bei den die versicherte Person behandelnden Leistungserbringern (z.B. Ärzte, Therapeuten, telefonische Gesundheitsberatung).

29 Inkrafttreten

Diese Versicherungsbedingungen treten am 1. Juli 2016 in Kraft. Sie ersetzen die Ausgabe vom 1. Januar 2014.

