

Obligatorische Krankenpflege- versicherung

gemäss Bundesgesetz über
die Krankenversicherung (KVG)

Versicherungsträger:
Sanitas Grundversicherungen AG

Ausgabe Januar 2009
Fassung 2022

Basic	2
CallMed	6
CareMed	8
NetMed	10
Medbase MultiAccess	12
Compact One	16

Basic

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Versicherungsträger:
Sanitas Grundversicherungen AG

Ausgabe Januar 2009
Fassung 2022

Die Versicherung im Überblick

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) übernimmt die Kosten von Behandlungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Sie kann mit der ordentlichen oder einer wählbaren Franchise und als Alternatives Versicherungsmodell im Sinne einer besonderen Versicherungsform abgeschlossen werden.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) enthalten die allgemeinen Bestimmungen für die Grundversicherung Basic. Diese gelten auch für die Alternativen Versicherungsmodelle, solange nicht in den für das einzelne Alternative Versicherungsmodell geltenden Zusatzbedingungen eine andere Regelung festgehalten ist.

Umfang der Versicherung

1 Grundlagen der Versicherung

- 1 Für alle in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) nicht besonders geregelten Fragen sind das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sowie das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) mit den jeweils dazugehörenden Verordnungen massgebend.
- 2 Bundesrecht und kantonales Recht gehen diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der genannten Reihenfolge vor.
- 3 Bei Abschluss eines Alternativen Versicherungsmodells (besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung) gelten zusätzlich die entsprechenden Zusatzbedingungen (ZB).
- 4 Die im Text gewählte männliche Schreibform gilt analog auch für weibliche Personen.

2 Gegenstand der Versicherung

Sanitas Grundversicherungen AG (nachfolgend Sanitas genannt) versichert die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Das Unfallrisiko ist mitversichert, wenn es auf der Versicherungspolice aufgeführt ist.

3 Begriffe

- 1 Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- 2 Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.
- 3 Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen sind den Unfällen gleichgestellt.

4 Örtlicher Geltungsbereich

Der örtliche Geltungsbereich richtet sich nach den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG).

Leistungen

5 Leistungsumfang

Es werden die gesetzlichen Leistungen vergütet.

6 Kostenbeteiligung

Die Kostenbeteiligung der Versicherten setzt sich zusammen aus:

- Franchise
- prozentualem Selbstbehalt
- Spitalkostenbeitrag

7 Wegfall des Leistungsanspruchs

Keine Leistungen werden bezahlt für Behandlungen und Massnahmen, die nicht wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss.

8 Leistungen Dritter

- 1 Die versicherte Person ist verpflichtet, Sanitas im Sinne von Art. 28 ATSG über jegliche Leistungen von Dritten (z.B. Unfall, Haftpflicht, Militär oder Invalidenversicherung) sowie über Vereinbarungen von Abfindungssummen umgehend zu informieren, sofern Sanitas im gleichen Versicherungsfall Leistungen zu erbringen hat.
- 2 Erbringt Sanitas anstelle von Dritten Leistungen, hat die versicherte Person ihre Ansprüche im Umfang der Leistungspflicht an Sanitas abzutreten.
- 3 Vereinbarungen von Versicherten mit Dritten sind für Sanitas nicht verbindlich.

9 Haftung

Die Haftung für die therapeutischen und diagnostischen Leistungen liegt ausschliesslich bei den durch die versicherte Person gewählten Leistungserbringern.

Pflichten und Anspruchsbegründung

10 Allgemeine Pflichten

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Anordnungen von Ärzten oder anderen Leistungserbringern Folge zu leisten und auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu achten.

11 Anspruchsbegründung

- 1 Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, sind die detaillierten Originalrechnungen spätestens 5 Jahre nach Rechnungsstellung an Sanitas einzureichen. Nach dieser Frist erlischt jeglicher Anspruch auf Leistungen.
- 2 Soweit ärztliche Verordnungen zur Anspruchsbegründung gehören, sind diese im Original einzureichen.
- 3 Werden Unfallleistungen geltend gemacht, ist zusätzlich das Formular Unfallmeldung einzureichen.

12 Auslandsrechnungen

Rechnungen und Unterlagen aus dem Ausland sind in deutscher, französischer, italienischer oder englischer Sprache einzureichen. Rechnungen und Unterlagen in anderen Sprachen ist eine Übersetzung beizulegen. Vorbehalten bleiben die Regelungen in den Abkommen über die Personenfreizügigkeit mit den EU- und EFTA-Staaten.

13 Abtretung und Verpfändung von Leistungen

Die versicherte Person darf Forderungen gegenüber Sanitas ohne deren Zustimmung weder abtreten noch verpfänden. Vorbehalten bleibt die Abtretung von Forderungen an Leistungserbringer.

Beginn und Ende der Versicherung

14 Versicherungsbeginn

Der Beginn der Versicherung richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Als Bestätigung des Versicherungsschutzes verschickt Sanitas eine Versicherungspolice.

15 Versicherungsänderungen

- 1 Die Franchise kann jeweils per 1. Januar angepasst werden, beim Wechsel zu einer tieferen Franchise sind die Kündigungsfristen gemäss Ziffer 17 einzuhalten.
- 2 Die Unfalldeckung kann ausgeschlossen werden, wenn eine Unfallversicherung nach Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) nachgewiesen wird (Berufs- und Nichtberufsunfälle). Der Ausschluss erfolgt frühestens auf den 1. des dem schriftlichen Antrag folgenden Monats.
- 3 Der Einschluss der Unfalldeckung erfolgt unmittelbar auf das Ende der Unfallversicherung nach UVG. Der Wegfall der Unfallversicherung ist Sanitas innert 30 Tagen zu melden.

16 Sistierung

Versicherten Personen, welche während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen der Militärversicherung unterstellt sind, wird die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG sistiert. Die Meldung an Sanitas hat mindestens 8 Wochen vor Beginn der Dienstpflicht zu erfolgen. Bei verspätetem Eintreffen der Meldung erfolgt die Sistierung auf den nächstmöglichen Termin, spätestens aber 8 Wochen nach der Meldung. Bereits im Voraus bezahlte Prämien rechnet Sanitas später fälligen Prämien an oder erstattet diese zurück. Die versicherte Person ihrerseits ist verpflichtet, Sanitas eine vorzeitige Beendigung des Dienstes zu melden. Die Dauer der Sistierung verkürzt sich entsprechend.

17 Kündigung der Versicherung

- 1 Die Kündigung infolge eines Wechsels zu einem anderen Versicherer kann durch die versicherte Person unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist per 31. Dezember und, sofern weder ein Alternatives Versicherungsmodell noch eine wählbare Franchise vereinbart wurde, per 30. Juni erfolgen.
- 2 Die Kündigung kann zudem unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist per Ende jenes Monats erfolgen, welcher der Gültigkeit einer neu mitgeteilten Prämie vorausgeht.
- 3 Die Versicherung wird nach dem Eintreffen der Aufnahmebestätigung des neuen Versicherers beendet.

18 Ende der Versicherung

Die Versicherung endet

- bei Kündigung der Versicherung gemäss Ziffer 17;
- wenn die versicherte Person der Versicherungspflicht nicht mehr untersteht;
- bei Grenzgängern gemäss Art. 7 Abs. 4 KVV;
- bei versicherten Personen, welche nicht der schweizerischen Gesetzgebung über die Sozialhilfe unterstehen, gemäss Art. 9 KVV;
- bei Tod der versicherten Person.

Prämien

19 Prämienzahlung und Fälligkeit

- 1 Die Prämien sind jeweils am 1. des betreffenden Monats fällig. Die Zahlungen können jährlich, halbjährlich, vierteljährlich, zweimonatlich oder monatlich erfolgen, wobei das Versicherungsjahr am 1. Januar beginnt. Erfolgt die Rechnungsstellung an eine Adresse im Ausland, sind nur jährliche, halbjährliche oder vierteljährliche Prämienzahlungen möglich.
- 2 Wird die Versicherung vorzeitig beendet, erfolgt die Rückerstattung der Prämie, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode entfällt.
- 3 Geschuldete Prämien dürfen von den Versicherten nicht mit ausstehenden Leistungen verrechnet werden.

20 Mahnung und Verzugsfolgen

- 1 Beahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen trotz Mahnung nicht und wurde im Betreibungsverfahren ein Fortsetzungsbegehren gestellt, schiebt Sanitas ihre Leistungspflicht gegenüber der versicherten Person auf, bis die ausstehenden Beträge inkl. Mahngebühren, Verzugszinsen und Betreibungskosten vollständig bezahlt sind. Gleichzeitig informiert Sanitas die für die Einhaltung der Versicherungspflicht zuständige kantonale Stelle über den Leistungsaufschub.
- 2 Bei Kündigung der Versicherung gemäss Ziffer 17 ist der Wechsel zum neuen Versicherer erst nach vollständiger Bezahlung der ausstehenden Beträge inkl. Mahngebühren, Verzugszinsen und Betreibungskosten möglich.
- 3 Bei Versicherten mit Wohnsitz in einem EU- oder EFTA-Staat, die dem Abkommen über die Personenfreizügigkeit unterstehen und die trotz Mahnung und Information über die Folgen des Zahlungsverzuges Prämien oder Kostenbeteiligungsausstände aufweisen, wird die Übernahme von Leistungen aufgeschoben, bis die Ausstände vollständig bezahlt sind.
- 4 Für Mahnungen und Betreibungen verrechnet Sanitas angemessene Gebühren und Verzugszinsen.

Verschiedenes

21 Annahme der Versicherungspolice

Stimmt der Inhalt der Versicherungspolice oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, hat der Versicherungsnehmer innert 4 Wochen nach Empfang der Versicherungspolice deren Berichtigung zu verlangen. Ohne Rückmeldung des Versicherungsnehmers gilt die Versicherungspolice als genehmigt.

22 Datenerfassung und -bearbeitung

- 1 Sanitas stellt sicher, dass der Datenschutz nach den geltenden Vorschriften des Schweizerischen Rechts, namentlich des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) und insbesondere von Art. 33 ATSG sowie Art. 84 ff. KVG, eingehalten wird.
- 2 Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen kann Sanitas die zur Durchführung der Versicherung notwendigen Informationen einholen, elektronisch erfassen und an Dritte zur Bearbeitung übertragen.

23 Auszahlung von Leistungen

- 1 Sanitas überweist ihre Leistungen auf ein Post- oder Bankkonto. Falls Auszahlungen mittels anderer Zahlungsmittel verlangt werden, kann Sanitas eine Entschädigung für verursachte Mehrkosten erheben. Auszahlungen erfolgen an Adressen in der Schweiz oder an Adressen in EU- oder EFTA-Staaten, wenn die versicherte Person im entsprechenden Land wohnt und dem Abkommen über die Personenfreizügigkeit unterstellt ist.
- 2 Ist Sanitas aufgrund von Verträgen dem Leistungserbringer gegenüber Honorarschuldner, überweist sie diesem ihre Leistungen und stellt der versicherten Person die Kostenbeteiligung in Rechnung.
- 3 Sanitas kann Leistungen mit ihren Forderungen gegenüber der versicherten Person verrechnen, sofern kein Leistungsaufschub im Sinne von Art. 20 Abs. 1 dieser AVB besteht.

24 Mitteilungen/Kontaktadresse

- 1 Namens- und Adressänderungen bzw. Kontaktadressen sind Sanitas innert 30 Tagen schriftlich bekannt zu geben. Unterbleibt die Mitteilung, gilt für die rechtskräftige Zustellung sämtlicher Korrespondenz die letzte bekannte Adresse.
- 2 Bei Auslandsaufenthalten von mehr als 3 Monaten ist Sanitas eine Kontaktadresse in der Schweiz mitzuteilen. Dies gilt nicht bei der Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes in einen EU- oder EFTA-Staat, wenn die versicherte Person dem Abkommen über die Personenfreizügigkeit unterstellt ist.
- 3 Als Zustelladresse für Mitteilungen oder Anspruchsbegründungen gilt die auf der Versicherungspolice aufgeführte Adresse.

25 Anpassung der Versicherungsbedingungen

Änderungen der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und der Zusatzbedingungen (ZB) der Alternativen Versicherungsmodelle sowie andere verbindliche Informationen werden den Versicherten durch schriftliche Mitteilung oder durch Publikation in der Kundenzeitschrift bekannt gegeben.

26 Versicherungspflicht in EU-/EFTA-Staaten

Versicherte Personen mit Wohnsitz in einem EU- oder EFTA-Staat, die dem Abkommen über Personenfreizügigkeit unterstellt sind, sind verpflichtet, sämtliche Änderungen bezüglich Versicherungspflicht innert 30 Tagen Sanitas zu melden.

27 Rechtspflege

- 1 Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid von Sanitas nicht einverstanden, kann sie innert angemessener Frist verlangen, dass Sanitas eine schriftliche Verfügung mit Begründung und Rechtsmittelbelehrung erlässt.
- 2 Gegen eine Verfügung kann innerhalb von 30 Tagen bei Sanitas Einsprache erhoben werden. Sanitas prüft diese Einsprache und erlässt einen schriftlichen, begründeten Einspracheentscheid mit Rechtsmittelbelehrung.
- 3 Gegen den Einspracheentscheid von Sanitas kann innerhalb von 30 Tagen beim kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist das Versicherungsgericht im Wohnkanton der versicherten Person bzw. des beschwerdeführenden Dritten.
- 4 Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn Sanitas entgegen einem vorliegenden Begehren keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.
- 5 Gegen den Entscheid eines kantonalen Versicherungsgerichts kann nach Massgabe des Bundesgerichtsgesetzes Beschwerde beim Bundesgericht erhoben werden.

CallMed

Grundversicherung mit Erstberatung am Telefon

Ausgabe Januar 2009
Fassung 2022

Die Versicherung im Überblick

CallMed ist ein Alternatives Versicherungsmodell (besondere Versicherungsform) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

Bei Abschluss von CallMed erklärt sich die versicherte Person bereit, vor einer ärztlichen Behandlung das medizinische Beratungszentrum telefonisch zu konsultieren. Dieses steht den Versicherten rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung. Es berät die Versicherten bei gesundheitlichen Problemen und gibt Empfehlungen für die folgenden Behandlungsschritte ab. In der Wahl eines allenfalls benötigten Leistungserbringers bleibt die versicherte Person im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) jederzeit frei.

Regelungen des Versicherungsmodells

1 Grundlagen der Versicherung

Für alle in diesen Zusatzbedingungen nicht besonders geregelten Fragen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Grundversicherung Basic.

2 Pflichten aus dem Versicherungsmodell

- 1 Vor Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung nimmt die versicherte Person telefonisch Kontakt mit dem medizinischen Beratungszentrum auf. Dieses berät die versicherte Person medizinisch und empfiehlt ihr den optimalen Behandlungspfad, welcher von der versicherten Person bezüglich der weiteren Handlungsweise angemessen berücksichtigt wird.
- 2 Ist aufgrund des Beratungsgesprächs eine ärztliche Behandlung angezeigt, vereinbart das medizinische Beratungszentrum mit der versicherten Person ein Zeitfenster, in welchem die Behandlung bei einem Leistungserbringer nach Wahl erfolgen soll. Dieses gilt auch für die allenfalls notwendige Überweisung an weitere Leistungserbringer. Reicht das Zeitfenster für die Behandlung nicht aus, nimmt die versicherte Person vor Ablauf der Frist erneut Kontakt mit dem medizinischen Beratungszentrum auf.

3 Ausnahmen von der Beratungspflicht

- 1 Bei Notfällen ist die vorgängige Kontaktaufnahme mit dem medizinischen Beratungszentrum nicht zwingend. Eine erfolgte Behandlung ist so bald als möglich, spätestens aber innerhalb von 10 Tagen nach Beginn der Behandlung, dem medizinischen Beratungszentrum zu melden.

Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der versicherten Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich oder unmittelbar behandlungsbedürftig eingeschätzt wird.
- 2 In folgenden Fällen ist keine Kontaktnahme mit dem medizinischen Beratungszentrum notwendig:
 - gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen
 - Untersuchungen bei Mutterschaft inkl. Geburt
 - Impfungen
 - zahnärztliche Behandlungen

4 Verletzung der Beratungspflicht

- 1 Verzichtet die versicherte Person vor Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung auf die Erstberatung durch das medizinische Beratungszentrum, teilt Sanitas die versicherte Person nach einmaliger Mahnung in die Grundversicherung Basic um. Die Umteilung erfolgt auf den 1. des Folgemonats nach der schriftlichen Mitteilung durch Sanitas.
- 2 Wird die Empfehlung des medizinischen Beratungszentrums für den weiteren Behandlungspfad von der versicherten Person wiederholt nicht angemessen berücksichtigt, behält sich Sanitas vor, die versicherte Person in die Grundversicherung Basic umzuteilen.
- 3 Ein erneuter Wechsel in CallMed ist während 2 Jahren nach der Umteilung nicht mehr möglich.

Versicherungsänderungen

5 Versicherungsänderungen durch die versicherte Person

- 1 Ein Wechsel von der ordentlichen Grundversicherung Basic in CallMed ist jeweils auf Monatsbeginn möglich.
- 2 Ein Wechsel von CallMed in die Grundversicherung Basic oder in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell kann ausschliesslich per 1. Januar erfolgen. Es gelten die Kündigungsfristen gemäss Ziffer 17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

6 Versicherungsänderungen durch Sanitas

- 1 Sanitas teilt CallMed in die Grundversicherung Basic um,
 - wenn die Voraussetzung der telefonischen Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung durch die versicherte Person nicht mehr erfüllt werden kann;
 - wenn die versicherte Person länger als 3 Monate im Ausland weilt;
 - wenn die versicherte Person die Beratungspflicht gemäss Ziffer 4 verletzt.
Mit Ausnahme der Regelung gemäss Ziffer 4 Abs. 1 erfolgt die Umteilung unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den 1. des dem Fristenablauf folgenden Monats.
- 2 Sanitas kann CallMed unter Einhaltung einer Frist von 2 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen. Die versicherte Person wird sodann per 1. Januar des Folgejahres in die Grundversicherung Basic oder, wenn von der versicherten Person gewünscht, in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell umgeteilt.

CareMed

Grundversicherung mit Wahl eines Hausarztes

Ausgabe Januar 2009

Fassung 2022

Die Versicherung im Überblick

CareMed ist ein Alternatives Versicherungsmodell (besondere Versicherungsform) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

Bei Abschluss von CareMed erklärt sich die versicherte Person bereit, bei einer ärztlichen Behandlung jeweils den von ihr gewählten Hausarzt zu konsultieren. Dieser ist in allen medizinischen Belangen die erste Ansprechperson für die versicherte Person. Bei Bedarf überweist der Hausarzt die versicherte Person zur weiteren Behandlung an Fachärzte, an medizinische Hilfspersonen oder ins Spital.

Regelungen des Versicherungsmodells

1 Grundlagen der Versicherung

Für alle in diesen Zusatzbedingungen nicht besonders geregelten Fragen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Grundversicherung Basic.

2 Pflichten aus dem Versicherungsmodell

- 1 Bei Abschluss von CareMed wählt die versicherte Person einen Hausarzt und meldet diesen Sanitas.
- 2 Bei Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung konsultiert die versicherte Person den von ihr gewählten Hausarzt. Dieser führt die erforderliche Untersuchung und Behandlung selber durch oder überweist die versicherte Person bei Bedarf an einen anderen Leistungserbringer.
- 3 Ist der gewählte Hausarzt nicht erreichbar (z.B. Ferien), wendet sich die versicherte Person an dessen Stellvertretung. Bei längerer Abwesenheit des Hausarztes kann die versicherte Person für die Dauer der Abwesenheit einen anderen Hausarzt wählen. Die versicherte Person meldet dies Sanitas spätestens nach der ersten Konsultation.
- 4 Beendet der Hausarzt seine Praxistätigkeit, meldet die versicherte Person Sanitas den neu gewählten Hausarzt spätestens nach der ersten Konsultation.
- 5 Die versicherte Person kann den von ihr gewählten Hausarzt in begründeten Fällen wechseln. Sie meldet dies Sanitas spätestens vor der ersten Konsultation beim neu gewählten Hausarzt.

3 Ausnahmen von der Konsultationspflicht beim Hausarzt

- 1 Bei Notfällen ist die Behandlung durch den gewählten Hausarzt nicht zwingend. Nach der Erstbehandlung durch einen anderen Leistungserbringer soll eine allfällige Weiterbehandlung oder Nachkontrolle nach Möglichkeit wiederum durch den Hausarzt erfolgen.

Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der versicherten Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich oder unmittelbar behandlungsbedürftig eingeschätzt wird.

- 2 Folgende Untersuchungen und Behandlungen können ohne Absprache mit dem gewählten Hausarzt direkt von einem anerkannten Facharzt durchgeführt werden:
 - gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen
 - Untersuchungen bei Mutterschaft inkl. Geburt
 - periodische Augenkontrollen
 - zahnärztliche Behandlungen

4 Verletzung der Konsultationspflicht beim Hausarzt

- 1 Beansprucht die versicherte Person medizinische Leistungen von Leistungserbringern, ohne vorher ihren Hausarzt zu konsultieren, teilt Sanitas die versicherte Person nach einmaliger Mahnung in die Grundversicherung Basic um. Die Umteilung erfolgt auf den 1. des Folgemonats nach der schriftlichen Mitteilung durch Sanitas.
- 2 Ein erneuter Wechsel in CareMed ist während 2 Jahren nach der Umteilung nicht mehr möglich.

Versicherungsänderungen

5 Versicherungsänderungen durch die versicherte Person

- 1 Ein Wechsel von der ordentlichen Grundversicherung Basic in CareMed ist jeweils auf Monatsbeginn möglich.
- 2 Ein Wechsel von CareMed in die Grundversicherung Basic oder in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell kann ausschliesslich per 1. Januar erfolgen. Es gelten die Kündigungsfristen gemäss Ziffer 17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

6 Versicherungsänderungen durch Sanitas

- 1 Sanitas teilt CareMed in die Grundversicherung Basic um,
 - wenn die ärztliche Behandlung durch den gewählten Hausarzt nicht mehr möglich ist;
 - wenn die versicherte Person länger als 3 Monate im Ausland weilt;
 - wenn die versicherte Person die Konsultationspflicht beim Hausarzt gemäss Ziffer 4 verletzt.Mit Ausnahme der Regelung gemäss Ziffer 4 erfolgt die Umteilung unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den 1. des dem Fristenablauf folgenden Monats.
- 2 Sanitas kann CareMed unter Einhaltung einer Frist von 2 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen. Die versicherte Person wird sodann per 1. Januar des Folgejahres in die Grundversicherung Basic oder, wenn von der versicherten Person gewünscht, in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell umgeteilt.

Verschiedenes

7 Datenerfassung und -bearbeitung

- 1 Mit dem Abschluss von CareMed gewährt die versicherte Person dem von ihr gewählten Hausarzt oder einem von diesem autorisierten Dritten Einsicht in die Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung.
- 2 Sanitas ist berechtigt, dem von der versicherten Person gewählten Hausarzt oder einem von diesem autorisierten Dritten die zur Durchführung von CareMed erforderlichen Daten unter Einhaltung der Vorschriften über die Schweigepflicht und den Datenschutz zu übermitteln.

NetMed

Grundversicherung mit Wahl eines koordinierenden Hausarztes

Ausgabe Januar 2009
Fassung 2022

Die Versicherung im Überblick

NetMed ist ein Alternatives Versicherungsmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Innerhalb von NetMed kann es mehrere Modelle (Varianten) mit unterschiedlichen Prämienermässigungen geben. Bei Abschluss von NetMed wählt die versicherte Person einen Hausarzt aus, der in einem von Sanitas anerkannten Ärztenetz tätig ist (koordinierender Arzt). Sanitas schliesst dazu mit Ärztenetzen Zusammenarbeitsverträge ab.

Die Hausärzte sind einer Variante von NetMed zugeordnet. Diese Zuordnung hängt von der Zugehörigkeit des Hausarztes zu einem Ärztenetz ab. Die Zuordnung zu einer Variante kann sich jeweils zu Beginn eines Kalenderjahres ändern. Die Zuordnung ist online (www.sanitas.com) einsehbar und kann bei Sanitas angefragt werden.

Die versicherte Person erklärt sich bereit, den koordinierenden Arzt bei jeder ärztlichen Behandlung zu konsultieren. Dieser ist in allen Gesundheitsfragen für die ganzheitliche Behandlung und Betreuung der versicherten Person verantwortlich. Bei Bedarf überweist der koordinierende Arzt die versicherte Person zur weiteren Behandlung an Fachärzte, an medizinische Hilfspersonen oder ins Spital.

Regelungen des Versicherungsmodells

1 Grundlagen der Versicherung

Für alle in diesen Zusatzbedingungen nicht besonders geregelten Fragen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) zur Grundversicherung Basic.

2 Pflichten aus dem Versicherungsmodell

- 1 Bei Abschluss von NetMed wählt die versicherte Person einen Hausarzt, der in einem Ärztenetz tätig ist (in der Folge als koordinierender Arzt bezeichnet), und meldet diesen Sanitas. Sanitas führt eine Liste der von ihr anerkannten koordinierenden Ärzte. Diese Liste wird periodisch aktualisiert und kann bei Sanitas eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.
- 2 Bei Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung konsultiert die versicherte Person den von ihr gewählten koordinierenden Arzt. Dieser führt die erforderliche Untersuchung und Behandlung selber durch oder überweist die versicherte Person bei Bedarf an einen anderen Leistungserbringer.
- 3 Die versicherte Person kann den von ihr gewählten koordinierenden Arzt respektive die Variante in begründeten Ausnahmefällen (u.a. Aufgabe der Hausarztstätigkeit, Praxisaufgabe) wechseln. Kann kein Arzt im gleichen Ärztenetz respektive in der gleichen Variante gewählt werden (keine Verfügbarkeit oder Aufnahmestopp für neue Patienten), besteht die Möglichkeit, einen Arzt in einer anderen Variante im Produkt NetMed zu wählen. Die versicherte Person meldet dies Sanitas spätestens vor der ersten Konsultation beim neuen koordinierenden Arzt.

3 Ausnahmen von der Konsultationspflicht beim koordinierenden Arzt

- 1 Auch bei Notfällen ist die Behandlung durch den koordinierenden Arzt angezeigt. Ist dies nicht möglich, informiert die versicherte Person ihren koordinierenden Arzt innerhalb von 10 Tagen nach der ausserhalb von dessen Praxis erfolgten Behandlung. Eine allfällige Weiterbehandlung oder Nachkontrolle hat wenn möglich wieder beim koordinierenden Arzt zu erfolgen.

Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der versicherten Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich oder unmittelbar behandlungsbedürftig eingeschätzt wird.

- 2 Folgende Untersuchungen können direkt von einem anerkannten Facharzt durchgeführt werden:
 - gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen
 - Untersuchungen bei Mutterschaft inkl. Geburt
 - periodische AugenkontrollenFür weitere gynäkologische oder augenärztliche Behandlungen bei einem anerkannten Facharzt ist die Überweisung durch den koordinierenden Arzt wiederum zwingend.
- 3 Zahnärztliche Behandlungen können ohne Information des koordinierenden Arztes direkt von einem anerkannten Facharzt durchgeführt werden.

4 Verletzung der Konsultationspflicht beim koordinierenden Arzt

- 1 Beansprucht die versicherte Person medizinische Leistungen von Leistungserbringern, ohne dass sie von ihrem koordinierenden Arzt an diese überwiesen wurde, teilt Sanitas die versicherte Person nach einmaliger Mahnung in die Grundversicherung Basic um. Die Umteilung erfolgt auf den 1. des Folgemonats nach der schriftlichen Mitteilung durch Sanitas.
- 2 Ein erneuter Wechsel in NetMed ist während 2 Jahren nach der Umteilung nicht mehr möglich.

Versicherungsänderungen

5 Versicherungsänderungen durch die versicherte Person

- 1 Ein Wechsel von der ordentlichen Grundversicherung Basic in NetMed ist jeweils auf Monatsbeginn möglich.
- 2 Ein Wechsel von NetMed in die Grundversicherung Basic oder in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell kann ausschliesslich per 1. Januar erfolgen (vorbehalten bleibt Ziffer 2, Absatz 3). Es gelten die Kündigungsfristen gemäss Ziffer 17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- 3 Bei Umzug in eine andere Region wählt die versicherte Person einen anderen koordinierenden Arzt gemäss Liste aus. Sie meldet dies Sanitas spätestens vor der ersten Konsultation. Sofern am neuen Wohn- oder Arbeitsort kein koordinierender Arzt zur Auswahl steht, muss die versicherte Person in die Grundversicherung Basic oder in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell wechseln.

6 Versicherungsänderungen durch Sanitas

- 1 Sanitas teilt NetMed in die Grundversicherung Basic um,
 - wenn die ärztliche Behandlung durch den koordinierenden Arzt nicht mehr möglich ist;
 - wenn der gewählte Arzt nicht mehr als koordinierender Arzt zur Verfügung steht und die versicherte Person keinen neuen koordinierenden Arzt wählt;
 - wenn die versicherte Person länger als 3 Monate im Ausland weilt;
 - wenn die versicherte Person die Konsultationspflicht beim koordinierenden Arzt gemäss Ziffer 4 verletzt.

Mit Ausnahme der Regelung gemäss Ziffer 4 erfolgt die Umteilung unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den 1. des dem Fristenablauf folgenden Monats.

- 2 Sanitas kann NetMed unter Einhaltung einer Frist von 2 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen. Die versicherte Person wird sodann per 1. Januar des Folgejahres in die Grundversicherung Basic umgeteilt.

Verschiedenes

7 Datenerfassung und -bearbeitung

- 1 Mit dem Abschluss von NetMed gewährt die versicherte Person dem von ihr gewählten koordinierenden Arzt oder einem von diesem autorisierten Dritten (z.B. Fachärzten) Einsicht in die Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung. Dies dient der Sicherstellung der koordinierten medizinischen Versorgung.
- 2 Sanitas ist berechtigt, dem koordinierenden Arzt oder einem von diesem autorisierten Dritten (z.B. IT-System-Anbieter) die zur Durchführung von NetMed erforderlichen Daten unter Einhaltung der Vorschriften über die Schweigepflicht und den Datenschutz zu übermitteln.

Medbase MultiAccess

Grundversicherung mit integrierter Versorgung durch Medbase

Ausgabe Januar 2020
Fassung 2020

Die Versicherung im Überblick

Sanitas Grundversicherungen AG und Medbase AG (nachfolgend Medbase genannt) sind Partner im Versicherungsmodell Medbase MultiAccess. Medbase ist eine von Sanitas Grundversicherungen AG unabhängige Gesellschaft, welche im Bereich der Grundversorgung (Hausarztmedizin) tätig ist und ambulante medizinische, therapeutische und komplementärmedizinische Dienstleistungen anbietet.

Medbase MultiAccess ist ein Alternatives Versicherungsmodell (besondere Versicherungsform) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sowie Art. 99 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

Bei Abschluss von Medbase MultiAccess wählt die versicherte Person einen Standort (Medical Center) von Medbase aus. Sie erklärt sich bereit, für jede medizinische Behandlung zuerst einen für die Erstkonsultation zugelassenen Leistungserbringer von Medbase zu konsultieren. Medbase ist in allen Gesundheitsfragen für die ganzheitliche Behandlung und Betreuung der versicherten Person verantwortlich und legt den weiteren Behandlungsablauf fest, welcher für die versicherte Person verbindlich ist.

Regelungen des Versicherungsmodells

1 Grundlagen der Versicherung

- 1 Für alle in diesen Zusatzbedingungen (ZB) nicht besonders geregelten Fragen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Grundversicherung Basic.
- 2 Sanitas bezahlt die gesetzlichen Leistungen für ambulante und stationäre Behandlungen, sofern diese im Rahmen des von Medbase festgelegten Behandlungsablaufs erbracht wurden.

2 Pflichten aus dem Versicherungsmodell

- 1 Bei Abschluss von Medbase MultiAccess wählt die versicherte Person einen Standort (Medical Center) von Medbase, gemäss Liste von Sanitas (nachfolgend als «koordinierendes Medical Center» bezeichnet), und meldet diesen Sanitas.
- 2 Die versicherte Person wendet sich für alle Behandlungen zuerst an einen für die Erstkonsultation zugelassenen Leistungserbringer von Medbase. Sanitas führt eine Liste mit diesen Leistungserbringern. Diese kann zusätzlich zum Medical Center beispielsweise einen telemedizinischen Dienst oder Apotheken beinhalten. Der zuerst konsultierte Leistungserbringer führt die erforderliche Untersuchung und Behandlung selber durch oder überweist die versicherte Person bei Bedarf an einen anderen Leistungserbringer.
- 3 Die versicherte Person ist verpflichtet dem festgelegten Behandlungsplan nach der Erstkonsultation Folge zu leisten. Der Behandlungsplan kann bestimmte Leistungserbringer und Behandlungszeiträume vorsehen. Ebenfalls kann der Bezug von Medikamenten, Hilfsmittel oder Laborleistungen bei einem bestimmten Leistungserbringer von Medbase oder Sanitas festgelegt werden. Bei Versicherungsabschluss bereits bestehende Behandlungspläne (z. B. Überweisung an einen Facharzt) müssen vorgängig durch einen Leistungserbringer von Medbase bestätigt werden.
- 4 Die versicherte Person erklärt sich damit einverstanden, dass Originalpräparate durch Generika ersetzt werden, sofern diese kostengünstiger sind und aus medizinischen Gründen nicht das Originalpräparat abgegeben werden muss.
- 5 Die versicherte Person ist verpflichtet, Impfungen bei bestimmten Leistungserbringern von Medbase durchführen zu lassen. Die Liste der möglichen Leistungserbringer wird von Medbase zur Verfügung gestellt.
- 6 Sind angebotene, die Qualität der Behandlung steigernde, interdisziplinäre Behandlungskonzepte oder -programme auf Grund der Einschätzung von Medbase angezeigt, kann die versicherte Person verpflichtet werden, an einem solchen Programm teilzunehmen.
- 7 Ist aufgrund der Einschätzung von Medbase oder von Sanitas die Betreuung durch das Case Management von Sanitas angezeigt, wird die versicherte Person nach Einwilligung parallel zu den Behandlungen durch das Case Management von Sanitas begleitet.
- 8 Ist aufgrund der Einschätzung von Medbase eine ambulante Leistung (ambulante Operationen, ambulante Rehabilitation usw.) anstelle einer stationären Leistung angezeigt und der versicherten Person zumutbar, kann die versicherte Person verpflichtet werden, die ambulante Leistung in Anspruch zu nehmen.

3 Ausnahmen von der Konsultationspflicht bei Medbase

- 1 Bei Notfällen ist die Behandlung durch Medbase nicht zwingend. Eine notfallmässige Behandlung ausserhalb von Medbase ist so bald als möglich, spätestens aber innerhalb von 10 Tagen nach Beginn der Behandlung dem koordinierenden Medical Center zu melden. Eine allfällige Weiterbehandlung oder Nachkontrolle ist Medbase zu melden und hat, wenn immer möglich wieder durch Medbase zu erfolgen.

Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der versicherten Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich oder unmittelbar behandlungsbedürftig eingeschätzt wird.
- 2 In folgenden Fällen ist keine Erstkonsultation bei Medbase notwendig:
 - gynäkologische Behandlungen
 - Untersuchungen bei Mutterschaft inkl. Geburt
 - zahnärztliche Behandlungen
- 3 Augenärztliche Behandlungen sind nicht zwingend von einem Leistungserbringer von Medbase vorzunehmen. Medbase hat jedoch die Möglichkeit eine verbindliche Liste mit Leistungserbringern für die Erstkonsultation zu führen.
- 4 Kinderärztliche Behandlungen, inklusive Impfungen, sind nicht zwingend von einem Leistungserbringer von Medbase vorzunehmen. Für Kinder ab 6 Jahren kann Medbase verbindliche Listen mit Leistungserbringern für die Erstkonsultation vorsehen.

4 Verletzung der Pflichten aus dem Versicherungsmodell

- 1 Verstösst die versicherte Person zum zweiten Mal gegen die Pflichten dieses Versicherungsmodells gemäss Ziffer 2, teilt Sanitas sie in die Grundversicherung Basic um. Die Umteilung erfolgt auf den 1. des Folgemonats nach der schriftlichen Mitteilung durch Sanitas.
- 2 Ein erneuter Wechsel in Medbase MultiAccess ist frühestens 2 Jahre nach der Umteilung auf das darauffolgende Kalenderjahr möglich.

Versicherungsänderungen

5 Versicherungsänderungen durch die versicherte Person

- 1 Ein Wechsel von der ordentlichen Grundversicherung Basic in Medbase MultiAccess ist jeweils auf Monatsbeginn möglich.
- 2 Ein Wechsel von Medbase MultiAccess in die Grundversicherung Basic oder in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell kann ausschliesslich per 1. Januar erfolgen. Es gelten die Kündigungsfristen gemäss Ziffer 17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).
- 3 Die versicherte Person kann jederzeit das koordinierende Medical Center wechseln. Sie meldet dies Sanitas innert 30 Tagen, aber spätestens vor der nächsten Konsultation.
- 4 Sollte im Falle eines Wohnortswechsels Medbase MultiAccess am neuen Wohnort nicht angeboten werden, kann die versicherte Person per 1. des Umzugsmonats in die Grundversicherung Basic oder in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell wechseln. Erfolgt innert 30 Tagen keine Mitteilung über einen Wechsel in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell, führt dies automatisch zum Wechsel in die Grundversicherung Basic.

6 Versicherungsänderungen durch Sanitas

Sanitas teilt versicherte Personen von Medbase MultiAccess in die Grundversicherung Basic um,

- wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, die Erstkonsultation bei einem entsprechenden Leistungserbringer von Medbase vorzunehmen. Dies beinhaltet unter anderem den Aufenthalt in einem Pflegeheim, ein mehr als drei Monate dauernder Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik, oder ein mehr als drei Monate dauernder Auslandsaufenthalt. Ein Wiedereintritt in Medbase MultiAccess ist jeweils auf den 1. eines Monats möglich, wenn die versicherte Person wieder in der Lage ist die Erstkonsultation bei einem für diese zugelassenen Leistungserbringer von Medbase vorzunehmen;
- wenn das gewählte koordinierende Medical Center nicht mehr zur Verfügung steht und die versicherte Person innert 30 Tagen kein neues koordinierendes Medical Center wählt.

Die Umteilung erfolgt unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den 1. des dem Fristenablauf folgenden Monats.

Sanitas kann Medbase MultiAccess unter Einhaltung einer Frist von 2 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen. Die versicherte Person wird sodann per 1. Januar des Folgejahres in die Grundversicherung Basic oder, wenn von der versicherten Person gewünscht, in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell umgeteilt. Erfolgt keine Mitteilung über einen Wechsel in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell, führt dies per 1. Januar des Folgejahres automatisch zum Wechsel in die Grundversicherung Basic.

Verschiedenes

7 Datenerfassung und -bearbeitung

- 1 Mit dem Abschluss von Medbase MultiAccess gewährt die versicherte Person Medbase oder einem von Medbase autorisierten Dritten (z. B. Fachärzten) Einsicht in die Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung. Dies dient der Sicherstellung der koordinierten medizinischen Versorgung.
- 2 Sanitas ist berechtigt, Medbase oder einem von Medbase autorisierten Dritten (z. B. IT-System Anbieter) die zur Durchführung von Medbase MultiAccess erforderlichen Daten unter Einhaltung der Vorschriften über die Schweigepflicht und den Datenschutz zu übermitteln.

Compact One

Grundversicherung mit verbindlicher Erstberatung am Telefon

Ausgabe Januar 2022

Fassung 2022

Die Versicherung im Überblick

Compact One ist ein Alternatives Versicherungsmodell (besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG).

Bei Abschluss von Compact One erklärt sich die versicherte Person bereit, vor einer ärztlichen Behandlung das telemedizinische Zentrum zu konsultieren. Dieses steht den Versicherten rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung. Es berät die Versicherten bei gesundheitlichen Problemen und legt den weiteren Behandlungsablauf fest. Dieser ist für die versicherte Person verbindlich.

Sanitas fördert und unterstützt Massnahmen zur nachhaltigen Kostensenkung im Gesundheitswesen. Dazu gehört auch eine sinnvolle und zweckmässige Gesundheitsversorgung, die von der versicherten Person einen aktiven Beitrag sowie Eigenverantwortung verlangt. Zudem kann Sanitas, bei bestimmten Massnahmen, die ordentliche Kostenbeteiligung der versicherten Person reduzieren oder aufheben.

Regelungen des Versicherungsmodells

1 Grundlagen der Versicherung

Für alle in diesen Zusatzbedingungen nicht besonders geregelten Fragen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Grundversicherung Basic.

2 Pflichten aus dem Versicherungsmodell

- 1 Die versicherte Person ist verpflichtet, vor Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung telefonischen Kontakt mit dem telemedizinischen Zentrum aufzunehmen. Dieses übernimmt die medizinische Erstberatung und legt, unter Berücksichtigung der individuellen Situation, den optimalen Behandlungsplan fest. Dieser ist für die versicherte Person verbindlich. Sie hat namentlich
 - die Inanspruchnahme von Leistungen auf das nach medizinischen Erkenntnissen notwendige Mass zu beschränken;
 - die festgelegten Behandlungspläne einzuhalten;
 - das ihr Zumutbare zur Förderung der Heilung aus eigenem Antrieb beizutragen.
- 2 Ist aufgrund der telemedizinischen Konsultation eine medizinische Behandlung angezeigt, bestimmt das telemedizinische Zentrum im Sinne von Absatz 1 den Leistungserbringer und den Behandlungsplan. Basierend auf Art. 99 KVV kann Sanitas die Wahl des Leistungserbringers einschränken.
- 3 Der medizinische Behandlungsplan umfasst die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie die voraussichtlich benötigte Anzahl Konsultationen. Reicht dieser Behandlungsplan für die erfolgreiche Behandlung nicht aus, ist die versicherte Person verpflichtet, vor dessen Ablauf erneut Kontakt mit dem telemedizinischen Zentrum aufzunehmen.
- 4 Ist im Rahmen des Behandlungsplans im Sinne von Absatz 1 ein stationärer Spitalaufenthalt angezeigt, ist die versicherte Person verpflichtet, vor der Anmeldung in ein Spital das telemedizinische Zentrum zu kontaktieren. Hiervon ausgenommen sind Notfälle gemäss Ziffer 3, Absatz 1.

3 Ausnahmen von der Beratungspflicht

- 1 Bei Notfällen ist die vorgängige Kontaktaufnahme mit dem telemedizinischen Zentrum nicht zwingend. Eine notfallmässige Behandlung ist so bald als möglich, spätestens innerhalb von 10 Tagen, oder aber vor einer allfälligen Nachfolgebehandlung dem telemedizinischen Zentrum zu melden. Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der versicherten Person als lebensbedrohlich oder unmittelbar behandlungsbedürftig eingeschätzt wird. Ein Gesundheitsproblem ausserhalb der Praxis-Öffnungszeiten gilt nicht grundsätzlich als Notfall.
- 2 In folgenden Fällen ist keine Kontaktnahme mit dem telemedizinischen Zentrum notwendig:
 - gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen
 - Untersuchungen bei Mutterschaft inkl. Geburt
 - Impfungen
 - zahnärztliche Behandlungen

4 Lenkungsmassnahmen

- 1 Ist aufgrund der telemedizinischen Konsultation im Sinne von Ziffer 2 ein Disease-Management-Programm von Sanitas angezeigt, ist die versicherte Person verpflichtet, an einem solchen Programm teilzunehmen. Disease Management steht für strukturierte und systematische Behandlungsprogramme für bestimmte, vorwiegend chronische Krankheiten (z.B. bei Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Diabetes, Asthma). Ziel ist eine sinnvolle, zweckmässige und abgestimmte Betreuung, welche sich auf die aktuellen medizinischen Kenntnisse abstützt. Unnötige und unwirksame Diagnostik und Therapie sollen vermieden werden.
- 2 Ist aufgrund der telemedizinischen Konsultation im Sinne von Ziffer 2 die Betreuung durch das Fallmanagement angezeigt, ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch das Fallmanagement von Sanitas durch die Behandlung führen zu lassen. Fallmanagement steht für engmaschige Betreuung von in der Regel medizinisch komplexen und kostenaufwändigen Fällen. Im Fallmanagement übernimmt der Fallmanager drei Hauptfunktionen: Er unterstützt bei der Durchsetzung von Patienteninteressen (Beistandsfunktion), er vermittelt optimale Versorgungslösungen (Vermittlerfunktion) und er selektiert und steuert den Zugang von Versorgungsleistungen (Gatekeeper-Funktion).
- 3 Benötigt die versicherte Person im Rahmen ihres Behandlungsplans im Sinne von Ziffer 2 Medikamente, Hilfsmittel oder Labordienstleistungen, kann Sanitas die versicherte Person verpflichten, diese bei einem von Sanitas bestimmten Leistungserbringer zu beziehen.
- 4 Ist im Rahmen des Behandlungsablaufes im Sinne von Ziffer 2 die Verschreibung oder Abgabe eines Medikamentes angezeigt, ist die versicherte Person verpflichtet, in jedem Fall nach einem Generikum zu fragen. Bei der Kostenerstattung von Generika kann Sanitas den prozentualen Selbstbehalt der versicherten Person gemäss Ziffer 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Grundversicherung Basic reduzieren oder erlassen.

5 Verletzung der Beratungspflicht

- 1 Verstösst die versicherte Person gegen die Pflichten der Telekonsultation durch das telemedizinische Zentrum im Sinne von Ziffer 2, Absatz 1, teilt Sanitas die versicherte Person nach einmaliger Mahnung in die Grundversicherung Basic um. Die Umteilung erfolgt auf den 1. des Folgemonats nach der schriftlichen Mitteilung durch Sanitas.
- 2 Verweigert die versicherte Person eine Lenkungsmassnahme im Sinne von Ziffer 4, Absatz 1 bis 3, wird ihr eine Bedenkzeit eingeräumt. Hält sie auch danach an der Verweigerung fest, teilt sie Sanitas in die Grundversicherung Basic um. Die Umteilung erfolgt auf den 1. des Folgemonats nach der schriftlichen Mitteilung durch Sanitas.
- 3 Nach einer Umteilung aus Compact One in die Grundversicherung Basic ist ein erneuter Wechsel in Compact One während 2 Jahren nach der Umteilung nicht mehr möglich.

Versicherungsänderungen

6 Versicherungsänderungen durch die versicherte Person

- 1 Ein Wechsel von der ordentlichen Grundversicherung Basic in Compact One ist jeweils auf Monatsbeginn möglich.
- 2 Ein Wechsel von Compact One in die Grundversicherung Basic oder in ein anderes Alternatives Versicherungsmodell kann ausschliesslich per 1. Januar erfolgen. Es gelten die Kündigungsfristen gemäss Ziffer 17 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Grundversicherung Basic.

7 Versicherungsänderungen durch Sanitas

- 1 Sanitas teilt die versicherte Person in die Grundversicherung Basic um,
 - wenn die Voraussetzung der telefonischen Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung durch die versicherte Person nicht mehr erfüllt werden kann;
 - wenn die versicherte Person länger als 3 Monate im Ausland weilt;
 - wenn die versicherte Person die Telekonsultationspflicht gemäss Ziffer 2 verletzt;
 - wenn die versicherte Person die Teilnahme an Lenkungsmassnahmen gemäss Ziffer 4 verweigert.

Die Umteilung erfolgt unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den 1. des dem Fristenablauf folgenden Monats.
- 2 Sanitas kann Compact One unter Einhaltung einer Frist von 2 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen. Die versicherten Personen werden sodann per 1. Januar des Folgejahres in die Grundversicherung Basic umgeteilt.

Verschiedenes

8 Datenerfassung und -bearbeitung

- 1 Mit dem Abschluss von Compact One gewährt die versicherte Person dem telemedizinischen Zentrum Einsicht in die Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung.
- 2 Sanitas ist berechtigt, dem telemedizinischen Zentrum die zur Durchführung von Compact One erforderlichen Daten unter Einhaltung der Vorschriften über die Schweigepflicht und den Datenschutz zu übermitteln.

