

ALLGEMEINE VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN (AVB)

01.01.2023

Versicherungen nach Krankenversicherungsgesetz KVG

INHALTSVERZEICHNIS

Obligatorische Krankenpflegeversicherung

1 Allgemeine Bestimmungen.....	4
2 Beginn und Ende der Versicherung	4
3 Leistungen	5
4 Prämien und Kostenbeteiligungen.....	5
5 Rechte und Pflichten.....	6
6 Schlussbestimmungen.....	6

Hausarztmodell Casa

1 Allgemeine Bestimmungen.....	7
2 Beginn und Ende der Versicherung	7
3 Leistungen	7
4 Rechte und Pflichten.....	8

Hausarztmodelle beodocs und igomed

1 Allgemeine Bestimmungen.....	9
2 Beginn und Ende der Versicherung	9
3 Leistungen	10
4 Rechte und Pflichten.....	10

Hausarztmodell Regiomed

1 Allgemeine Bestimmungen.....	11
2 Beginn und Ende der Versicherung	11
3 Leistungen	12
4 Rechte und Pflichten.....	12

Telemedizinisches Modell Sanmed24

1 Allgemeine Bestimmungen.....	14
2 Beginn und Ende der Versicherung	14
3 Leistungen	14
4 Prämien und Kostenbeteiligungen.....	14
5 Rechte und Pflichten.....	15
6 Schlussbestimmungen.....	15

Freiwillige Taggeldversicherung

1 Allgemeine Bestimmungen.....	17
2 Beginn und Ende der Versicherung	17
3 Leistungen	17
4 Schlussbestimmungen.....	18

Anmerkung:

Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Nennung der weiblichen und männlichen Schreibweise verzichtet.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) nach Krankenversicherungsgesetz KVG

1 Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Rechtsgrundlage

1. Rechtsgrundlagen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind das geltende Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 sowie die entsprechenden Ausführungsbestimmungen.
2. Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) gelten für Versicherungen nach KVG.

Art. 2 Versicherungsträger

1. Versicherer der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist die Krankenkasse Steffisburg (nachfolgend KKSt). Die KKSt ist eine Genossenschaft mit Sitz in Steffisburg.
2. Die KKSt verfügt über die Bewilligung des eidgenössischen Departements des Innern zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung.
3. Das Tätigkeitsgebiet der Versicherungen nach KVG umfasst die Kantone Bern, Zürich, Aargau, Solothurn, Nidwalden, Obwalden, Wallis, Uri, Glarus, Schwyz und Zug.

Art. 3 Zweck

Die Obligatorische Krankenpflegeversicherung ist die ordentliche Versicherungsform nach KVG mit freier Arztwahl. Die Krankenkasse Steffisburg bietet auch besondere Versicherungsformen an.

2 Beginn und Ende der Versicherung

Art. 4 Beitritt

1. Jede natürliche Person, welche die gesetzlichen Aufnahmebedingungen erfüllt, kann diese Versicherung abschliessen.
2. Die Aufnahme in die Krankenpflegeversicherung ist nur möglich, sofern keine solche Versicherung gleichzeitig anderweitig geführt wird.
3. Jede Person hat einen von der KKSt zur Verfügung gestellten Versicherungsantrag schriftlich auszufüllen und zu unterzeichnen. Bei handlungsunfähigen Personen ist die Unterschrift der gesetzlichen Vertretung erforderlich.
4. Der Antragssteller kann vor dem Ausfüllen des Antragsformulars Einsicht in die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der KKSt nehmen.
5. Alle für die Versicherungsaufnahme nötigen Unterlagen sind der KKSt zuzustellen.
6. Die Versicherung beginnt am vereinbarten Datum.

Art. 5 Altersgruppen

Es bestehen folgende Altersgruppen:

- A Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr

- B Junge Erwachsene vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr

- C Erwachsene ab dem 26. Altersjahr
Die Umteilung von der Altersgruppe Kinder in junge Erwachsene erfolgt automatisch in die ordentliche Versicherung mit gesetzlicher Franchise. Altersgruppenwechsel erfolgen am Ende des Kalenderjahres, in welchem das 18. bzw. das 25. Altersjahr erreicht worden ist.

Art. 6 Sistierung der Unfalldeckung

1. Eine versicherte Person, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 für Berufs- und Nichtberufsunfälle voll gedeckt ist, kann gegen eine Prämienreduktion die Sistierung der Unfalldeckung beantragen. Die Prämie wird auf Beginn des dem schriftlichen Antrag folgenden Monats entsprechend herabgesetzt.
2. Scheidet die versicherte Person aus der obligatorischen Unfallversicherung nach UVG aus, hat sie dies der KKSt zu melden. Nach Erlöschen der Deckung gemäss UVG lebt die Unfalldeckung der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung wieder auf. Die Prämienzahlungspflicht besteht ab dem ersten Tag nach Wegfall der UVG-Deckung.

Art. 7 Ende der Versicherung

1. Die Versicherung endet durch:
 - A Rechtsgültige Kündigung
Die ordentliche Kündigung ist unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten auf Ende eines Kalendersemesters möglich. Bei der Versicherung mit erhöhter Jahresfranchise ist die Kündigung unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten nur auf das Ende eines Kalenderjahres möglich. Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Versicherung unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Die Kündigung muss der KKSt spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der Kündigungsfrist zukommen. Der Wechsel wird erst wirksam, wenn die Bestätigung der Weiterversicherung durch den neuen Versicherer bei der KKSt eingetroffen ist.
 - B Tod der versicherten Person
 - C Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet der KKSt
Die Versicherung bleibt solange bestehen, bis die versicherte Person einen neuen Wohnsitz begründet hat (Wohnsitzbescheinigung Gemeinde).
 - D Ende der Versicherungspflicht

Die Beendigung des Versichertenverhältnisses erfolgt ausschliesslich durch schriftliche Mitteilung.

3 Leistungen

Art. 8 Leistungsumfang

Die Leistungsansprüche richten sich nach dem KVG und den dazugehörigen Verordnungen sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Versichert sind die gesetzlichen Risiken.

Während eines Aufenthalts in den EU-Mitgliedstaaten, in Island oder Norwegen haben die Versicherten Anspruch auf die medizinisch notwendigen Behandlungen, unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer. Bei einem Aufenthalt im übrigen Ausland besteht nur Anspruch auf Notfallbehandlungen. Ein Notfall liegt vor, wenn Versicherte bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedürfen und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich Versicherte zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begeben.

Art. 9 Leistungsbeginn und -ende

Der Leistungsanspruch beginnt am Tag des Versicherungsbeginns. Mit dem Austritt aus der KKSt endet der Leistungsanspruch.

Art. 10 Meldung von Leistungen

Will die versicherte Person Leistungen beziehen, ist dies der KKSt zu melden. Die versicherte Person hat der KKSt die zur Abklärung eines Leistungsanspruchs und zur Festsetzung der Leistungen notwendigen Auskünfte zu erteilen und die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Weiter ermächtigt sie die KKSt, im gesetzlichen Rahmen in Akten anderer Versicherer und von Behörden Einsicht zu nehmen und die erforderlichen Auskünfte bei Leistungserbringern einzuholen. Die Versicherten können verlangen, dass die behandelnden Ärzte und anderen Medizinalpersonen medizinische Angaben nur dem Vertrauensarzt bekannt geben.

Art. 11 Leistungseinschränkungen

1. Wirtschaftlichkeit der Behandlung
Die Leistungen werden in dem Umfang erbracht, als sie das im KVG verankerte Gebot der Wirtschaftlichkeit einhalten.
2. Überversicherung
Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen. Die Leistungen werden um den Betrag der Überentschädigung gekürzt.
3. Zulassung der Leistungserbringer
Fehlt einem Leistungserbringer die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung, so werden keine Leistungen ausgerichtet.

Art. 12 Verhältnis zu anderen Versicherungen

1. Anzeige- und Anmeldepflicht
Sind für einen Versicherungsfall auch andere Versicherungen oder Dritte leistungspflichtig, so muss dies der KKSt gemeldet werden. Meldepflichtig ist ferner der Bezug von Leistungen. Abfindungen sowie Leistungsverzichtserklärungen

sind der KKSt vor Bezug bzw. Unterzeichnung zu melden. Die versicherte Person ist verpflichtet, ihre Ansprüche gegenüber anderen Versicherungsträgern oder zahlungspflichtigen Dritten anzumelden. Werden diese Melde- und Anmeldepflichten verletzt, kann dies zu einer Kürzung oder Verweigerung der Leistungen führen.

2. Leistungskoordination
Das Verhältnis der sozialen Krankenversicherung zu den anderen Sozialversicherungen richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.
3. Rückgriff
Gegenüber Dritten, die für den Versicherungsfall haften, tritt die KKSt im Zeitpunkt des Ereignisses bis zur Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person ein.

Art. 13 Leistungsauszahlungen

1. Die Auszahlungen erfolgen nach Prüfung des Leistungsanspruchs und ausschliesslich bargeldlos in Schweizer Franken (CHF). Die Versicherten verpflichten sich, der KKSt ein schweizerisches Bank- oder Postkonto (PostFinance) als Auszahlungsadresse anzugeben. Wird diese Meldung unterlassen, gehen die Auszahlungskosten zu Lasten der versicherten Person.
2. Ist die versicherte Person Honorarschuldner («Tiers garant»), so sind Rechnungen und Belege der KKSt einzureichen. Die Vergütungen erfolgen direkt an die versicherte Person. Diese sind berechtigt, die Rechnungen vor der Bezahlung der KKSt zur Prüfung und Abklärung des Vergütungsanspruchs einzureichen.
3. Ist die KKSt gemäss Vereinbarungen mit den Leistungserbringern Honorarschuldnerin («Tiers payant»), so erfolgen die Vergütungen bei vorhandenem Leistungsanspruch direkt an die Leistungserbringer.

Art. 14 Unrechtmässig erbrachte Leistungen

Zu Unrecht oder irrtümlich erbrachte Leistungen sind der KKSt zurückzuerstatten.

Art. 15 Verjährung

1. Der Anspruch auf ausstehende Leistungen erlischt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war.

4 Prämien und Kostenbeteiligungen

Art. 16 Geschuldete Prämie

1. Die versicherte Person ist verpflichtet, die ihrer Versicherung entsprechenden Prämien gemäss Versicherungspolice im Voraus zu entrichten.
2. Im Eintritts-, Austritts- und Todesmonat sind die Prämien tag genau geschuldet.

Art. 17 Höhe der Prämie

1. Die Prämienhöhe richtet sich nach den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Tarifen.
2. Personen, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen der Militärversicherung unterstellt sind, sind ab Beginn der Unterstellung von der Prämienzahlung befreit, wenn sie die Unterstellung mindestens acht Wochen vor deren Be-

ginn der KKSt melden. Erfolgt die Meldung später, so erhebt die KKSt ab dem nächst möglichen Termin, spätestens acht Wochen nach der Meldung keine Prämien mehr.

3. Bei halb- oder ganzjähriger Vorauszahlung der Prämie kann die KKSt einen Skonto gewähren. Bei rückwirkenden prämienrelevanten Mutationen wird auch der Skonto rückwirkend neu berechnet.
4. Bei Einzahlungen am Postschalter kann die Schaltertaxe ganz oder teilweise an die versicherte Person weiterverrechnet werden.

Art. 18 Kostenbeteiligungen

1. Die Kostenbeteiligung der Versicherten richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen:
 - A Erwachsene (ab dem 19. Altersjahr) bezahlen die gewählte Jahresfranchise sowie den Selbstbehalt, der 10 % der die Franchise übersteigenden Kosten beträgt
 - B Kinder (bis zum vollendeten 18. Altersjahr) bezahlen den Selbstbehalt von 10 % und die gewählte Jahresfranchise
2. Der maximale jährliche Selbstbehalt beträgt für Erwachsene CHF 700.– und für Kinder CHF 350.–
3. Sind mehrere Kinder einer Familie bei der KKSt versichert, so beträgt die maximale jährliche Kostenbeteiligung für die Kinder CHF 1000.–
4. Der Selbstbehalt beträgt 20 % der die Franchise übersteigenden Kosten bei Originalpräparaten, wenn in der Spezialitätenliste (SL) damit austauschbare Generika aufgeführt sind, deren Höchstpreise mindestens 20 % tiefer sind als der Höchstpreis des entsprechenden Originalpräparates
5. Verlangt der Arzt aus medizinischen Gründen ausdrücklich die Abgabe des Originalpräparates, kommen die Bestimmungen unter Art. 18, Ziff. 4, nicht zur Anwendung.
6. Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.
7. Zusätzlich zu der Kostenbeteiligung wird bei Spitalaufenthalt in gesetzlich vorgesehenen Fällen ein Beitrag von CHF 15.– pro Tag erhoben.
8. Besondere Leistungen bei Mutterschaft gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, Art. 29, Abs. 2) sind ab Beginn der Schwangerschaft von der Kostenbeteiligung befreit. Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft wird die Kostenbeteiligung auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit ebenfalls nicht erhoben.

Art. 19 Zahlungsverzug

1. Zahlt eine versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so wird sie von der KKSt gemahnt. Es wird ihr eine Nachfrist von 30 Tagen zur Zahlung eingeräumt.
2. Die Mahnungen erfolgen schriftlich.
3. Die Kosten des Betreibungsverfahrens und andere Spesen können der säumigen versicherten Person auferlegt werden. Aus rechtlichen Grün-

den erfolgt das Mahnverfahren für die Grundversicherung und die Zusatzversicherung getrennt. Die Mahngebühren pro Mahnung betragen maximal 30 Franken. Bei einer Mahnung oder Betreuung kann eine Umtriebsentschädigung von maximal 150 Franken erhoben werden. Der Verzugszins beträgt 5%.

4. Solange säumige Versicherte die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten nicht vollständig bezahlt haben, können sie den Versicherer nicht wechseln.

5 Rechte und Pflichten

Art. 20 Versicherungspolice

Alle versicherten Personen erhalten eine individuelle Bestätigung ihres Versicherungsschutzes in Form einer Versicherungspolice.

Art. 21 Meldepflicht

Die versicherte Person ist verpflichtet, sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffende Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (z.B. Wohnsitzwechsel) innert Monatsfrist der KKSt zu melden. Bei einem Wohnsitzwechsel passt die KKSt die Prämie entsprechend an. Bei verspäteter Meldung kann die KKSt Prämienausfälle nachfordern.

Art. 22 Schadenminderungspflicht

Bei Krankheit oder Unfall hat die versicherte Person alles zu unternehmen, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Im Rahmen der Behandlung hat sie den Anordnungen des zugelassenen Leistungserbringers Folge zu leisten.

Art. 23 Schweigepflicht

Alle Mitarbeiter oder Organe der KKSt unterstehen gemäss ATSG der Schweigepflicht.

Art. 24 Rechtspflege

Die Rechtspflege richtet sich nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) und dem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

6 Schlussbestimmungen

Art. 25 Mitteilungen

Die Einladung für die Generalversammlung wird in der offiziellen Kundenzeitschrift und im Thuner Amtsanzeiger publiziert. Alle anderen Mitteilungen seitens KKSt bzw. des Versicherungsträgers erfolgen rechtsgültig an die von der versicherten oder anspruchsberechtigten Person zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

Art. 26 Inkrafttreten

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) treten am 01.01.2023 in Kraft. Sie können von der KKSt jederzeit geändert werden.

Hausarztmodell Casa nach Krankenversicherungsgesetz KVG

1 Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Rechtsgrundlagen

1. Die Versicherung Hausarztmodell Casa ist eine Form der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Rechtsgrundlagen dieser Versicherungsform sind das geltende Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie deren Ausführungsbestimmungen und die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).
2. Die nachfolgenden Artikel regeln sämtliche Abweichungen des Hausarztmodells Casa gegenüber der ordentlichen Obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
3. Die Versicherung Hausarztmodell Casa ist eine besondere Form der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG in Verbindung mit Art. 62 KVG und Art. 99-101 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

Art. 2 Versicherungsträger

1. Versicherer des Hausarztmodells Casa ist die Krankenkasse Steffisburg (nachfolgend KKSt). Die KKSt ist eine Genossenschaft mit Sitz in Steffisburg.
2. Die KKSt verfügt über die Bewilligung des eidgenössischen Departements des Innern zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung.

Art. 3 Zweck

Das Hausarztmodell Casa verfolgt folgende Ziele:

- A Stärkung einer eigenverantwortlichen und gesunden Lebensweise der versicherten Person
- B Förderung des Vertrauensverhältnisses zwischen Hausarzt und Patient
- C Koordination aller medizinischen Behandlungen durch den gewählten Hausarzt
- D Koordination aller Behandlungen, Operationen und Aufenthalte durch gewählten Hausarzt
- E Steigerung der Qualität und Effizienz der medizinischen Leistungen
- F Erzielung von spürbaren Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen

2 Beginn und Ende der Versicherung

Art. 4 Beitritt

1. Der Beitritt in das Hausarztmodell Casa steht jeder interessierten Person im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen offen, die Wohnsitz in jenen Gebieten haben, in denen diese Versicherungsform betrieben wird.
2. Der Wechsel von der ordentlichen Krankenpflegeversicherung in das Hausarztmodell Casa ist

jederzeit auf den ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats möglich. Für Versicherte mit einer höheren Franchise ist ein Wechsel unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

3. Die versicherte Person wählt einen Hausarzt aus und verpflichtet sich, alle Behandlungen und Untersuchungen durch den gewählten Hausarzt durchführen oder sich von ihm an Dritte überweisen zu lassen. Ausser in Notfällen und in den in Art. 9 genannten Fällen ist für eine ambulante oder stationäre Behandlung immer zuerst der Hausarzt beizuziehen.

Art. 5 Wechsel des Hausarztes

1. Ein Wechsel des Hausarztes ist in der Regel einmal jährlich und mit einer schriftlichen Begründung möglich.
2. Der Wechsel des Hausarztes erfolgt auf Anfang des neuen Monats.
3. Wenn der ausgewählte Hausarzt seine Praxistätigkeit auflöst, können die bei diesem Leistungserbringer eingeschriebenen Versicherten nach ihrer freien Wahl einen neuen Hausarzt wählen oder in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers wechseln.

Art. 6 Wechsel der Versicherungsform

Der Wechsel vom Hausarztmodell Casa in die ordentliche Krankenpflegeversicherung oder in eine andere Versicherungsform ist unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

Art. 7 Ende der Versicherung

1. Die ordentliche Kündigung des Hausarztmodells Casa kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist auf Ende des Kalenderjahres erfolgen.
2. Die Kündigung muss der KKSt spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist zukommen.
3. Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Versicherung unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.
4. Für einen Wechsel zu einem anderen Versicherer gelten die gesetzlichen Kündigungsbestimmungen.
5. Mit dem Eintritt in ein Alters-, Pflege- oder Wohnheim ist der Versicherer berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers zu überführen, wenn die Überwachung und Koordination der Behandlung durch den Hausarzt nicht mehr möglich ist.

3 Leistungen

Art. 8 Grundsätze für Leistungsbezüge

1. Für die ambulante, stationäre oder teilstationäre Behandlung sowie für die Verordnung zum Bezug von Medikamenten und Hilfsmitteln ist, sofern die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nichts anderes vorsehen, immer zuerst der gewählte Hausarzt beizuziehen.
2. Die versicherte Person ist verpflichtet, vor der Konsultation eines Spezialarztes das Einverständnis des Hausarztes in Form einer schriftlichen Überweisung einzuholen. Falls die versicherte Person von ihrem Hausarzt an einen Spezialarzt überwiesen wird und dieser eine Behandlung bzw. Abklärung durch einen weiteren Arzt oder eine stationäre Einrichtung empfiehlt, ist die versicherte Person verpflichtet, ihren Hausarzt darüber zu informieren und dessen Einverständnis einzuholen (Ausnahme: vgl. Art. 9). Nachträglich ausgestellte Überweisungen sind unzulässig.
3. Die versicherte Person ist verpflichtet, der KKSt eine schriftliche, durch den Hausarzt vor der Nachfolgebehandlung ausgestellte Überweisung immer zusammen mit dem Rückforderungsbeleg zukommen zu lassen.
4. Wenn der Hausarzt nicht erreichbar ist, gelangt die versicherte Person an dessen Stellvertreter oder an die zuständige Notfallorganisation am Wohnort bzw. am Aufenthaltsort.
5. Im Falle einer notfallmässigen Spitaleinweisung oder einer Behandlung durch einen Notfallarzt ist die versicherte Person verpflichtet, ihren Hausarzt zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu orientieren.

Art. 9 Ausnahmen von der Überweisungspflicht

Für folgende Fälle braucht es kein ausdrückliches Einverständnis des gewählten Hausarztes:

- A Sehhilfen (Brillengläser, Kontaktlinsen)
- B Mutterschaft
- C Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen
- D Gynäkologie, Andrologie, Urologie
- E Ambulante augenärztliche Untersuchungen
- F Zahnärztliche Behandlungen

4 Rechte und Pflichten

Art. 10 Information über die Mitgliedschaft

1. Die versicherte Person stellt bei jedem Hausarztbesuch sicher, dass der Hausarzt vom Beitritt zum Hausarztmodell Kenntnis erhält.
2. Bei Notfallbehandlungen geben sich die versicherten Personen gegenüber dem Leistungserbringer als Hausarztversicherter zu erkennen.
3. In Falle eines Notfalls sind die Versicherten verpflichtet, ihren Hausarzt zum nächstmöglichen Zeitpunkt über die notfallmässige Behandlung zu informieren.

Art. 11 Verstoss gegen die Überweisungspflicht

1. Begibt sich eine versicherte Person ausserhalb der in Art. 9 aufgezählten Ausnahmefälle ohne gültige Überweisung des von der versicherten Person gewählten Hausarztes in ambulante oder stationäre Behandlung, so kann die KKSt die Kostenübernahme ablehnen. Die versicherte Person trägt in diesem Fall sämtliche mit der Behandlung verbundenen Kosten selber, ausser in Notfallsituationen sowie in Artikel 9 abschliessend aufgeführten Ausnahmefällen.
2. Bei Verstoss gegen die Überweisungspflicht kann die KKSt die Umteilung in die ordentliche Krankenpflegeversicherung vornehmen. Diese erfolgt unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den 1. des darauffolgenden Monats.
3. Nach einer erfolgten Umteilung ist der Neabschluss einer Versicherung nach besonderer Form der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG in Verbindung mit Art. 62 KVG und Art. 99-101 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) während zweier Jahre nicht mehr möglich.

Art. 12 Rechtspflege

Die Rechtspflege richtet sich nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) und dem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

Hausarztmodelle beodocs und igomed nach Krankenversicherungsgesetz KVG

1 Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Rechtsgrundlagen

1. Die Versicherungen Hausarztmodell beodocs und igomed sind eine Form der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Rechtsgrundlagen dieser Versicherungsform sind das geltende Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie deren Ausführungsbestimmungen und die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).
2. Die nachfolgenden Artikel regeln sämtliche Abweichungen von Hausarztmodell beodocs und igomed gegenüber der ordentlichen Obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
3. Die Versicherungen Hausarztmodell beodocs und igomed sind besondere Formen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG in Verbindung mit Art. 62 KVG und Art. 99-101 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).
4. Die Hausarztmodelle beodocs und igomed werden in beschränktem Einzugsgebiet gemäss Abs. 1 Ziffer 5 der Prämienregionen BE2 und BE3 angeboten.
5. Das Einzugsgebiet der Hausarztmodelle beodocs und igomed umfasst die Prämienregionen BE2 und BE3.

Art. 2 Versicherungsträger

1. Versicherer der Hausarztmodelle beodocs und igomed ist die Krankenkasse Steffisburg (nachfolgend KKSt). Die KKSt ist eine Genossenschaft mit Sitz in Steffisburg.
2. Die KKSt verfügt über die Bewilligung des eidgenössischen Departements des Innern zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung.

Art. 3 Zweck

Die Hausarztmodelle beodocs und igomed verfolgen folgende Ziele:

- A Stärkung einer eigenverantwortlichen und gesunden Lebensweise der versicherten Person
- B Förderung des Vertrauensverhältnisses zwischen Hausarzt und Patient
- C Koordination aller medizinischen Behandlungen durch den gewählten Hausarzt
- D Koordination aller Behandlungen, Operationen und Aufenthalte durch gewählten Hausarzt
- E Steigerung der Qualität und Effizienz der medizinischen Leistungen
- F Erzielung von spürbaren Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen

2 Beginn und Ende der Versicherung

Art. 4 Beitritt

1. Der Beitritt in das Hausarztmodell beodocs oder igomed steht jeder interessierten Person im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen offen, die Wohnsitz in jenen Gebieten haben, in denen diese Versicherungsform betrieben wird.
2. Der Wechsel von der ordentlichen Krankenpflegeversicherung mit gesetzlicher Franchise in das Hausarztmodell beodocs oder igomed ist jederzeit auf den ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats möglich.
3. Die versicherte Person wählt einen Hausarzt aus und verpflichtet sich, alle Behandlungen und Untersuchungen durch den gewählten Hausarzt durchführen oder sich von ihm an Dritte überweisen zu lassen. Ausser in Notfällen und in den in Art. 9 genannten Fällen ist für eine ambulante oder stationäre Behandlung immer zuerst der Hausarzt beizuziehen.

Art. 5 Wechsel des Hausarztes

1. Ein Wechsel des Hausarztes ist in der Regel einmal jährlich und mit einer schriftlichen Begründung möglich.
2. Der Wechsel des Hausarztes erfolgt auf Anfang des neuen Monats.
3. Wenn der ausgewählte Hausarzt das Vertragsverhältnis mit dem Versicherer oder der Netzwerkbetreiber-Betriebsgesellschaft auflöst, können die bei diesem Leistungserbringer eingeschriebenen Versicherten innerhalb einer Frist von 30 Tagen seit schriftlicher Aufforderung des Versicherers nach ihrer freien Wahl einen neuen Hausarzt wählen oder in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers wechseln. Wird in der vorgegebenen Frist dem Versicherer kein neuer Netzwerk-Hausarzt gemeldet, so führt dies per Beginn des Folgemonats automatisch zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers.

Bei Auflösung des Vertrages zwischen dem Versicherer und der Netzwerk-Betriebsgesellschaft resp. sämtlichen Ärzten des Netzwerkes fällt die Krankenpflegeversicherung beodocs resp. igomed (KVG) dahin. Ohne anderslautende Mitteilung der versicherten Person führt dies automatisch zum Wechsel in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers.

Art. 6 Wechsel der Versicherungsform

Der Wechsel vom Hausarztmodell beodocs oder igomed in die ordentliche Krankenpflegeversicherung oder in eine andere Versicherungsform ist unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

Art. 7 Ende der Versicherung

1. Die ordentliche Kündigung des Hausarztmodells beodocs oder igomed kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist auf Ende des Kalenderjahres erfolgen.
2. Die Kündigung muss der KKSt spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist zukommen.
3. Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Versicherung unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.
4. Für einen Wechsel zu einem anderen Versicherer gelten die gesetzlichen Kündigungsbestimmungen.
5. Mit dem Eintritt in ein Alters-, Pflege- oder Wohnheim ist der Versicherer berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers zu überführen, wenn die Überwachung und Koordination der Behandlung durch den Hausarzt nicht mehr möglich ist.
6. Bei Verlegung des Wohnsitzes an einen ausserhalb des Netzwerkes liegenden Ortes können die Versicherten auf Anfang des Monats, welcher der Wohnsitzverlegung folgt, in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers überführt werden. Der Wegzug aus dem Gebiet des Netzwerkes ist dem Versicherer innert Monatsfrist zu melden.
Bei Wohnsitzverlegung in das Gebiet eines anderen Netzwerkes des Versicherers haben die Versicherten das Recht, ihre Versicherung im neuen Netzwerkmodell weiterzuführen. Der Wegzug aus dem Gebiet des Netzwerkes sowie die Weiterversicherung im neuen Netzwerkmodell ist dem Versicherer innert eines Monats seit der Wohnsitzverlegung zu melden.

3 Leistungen

Art. 8 Grundsätze für Leistungsbezüge

1. Für die ambulante, stationäre oder teilstationäre Behandlung sowie für die Verordnung zum Bezug von Medikamenten und Hilfsmitteln ist, sofern die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nichts anderes vorsehen, immer zuerst der gewählte Hausarzt beizuziehen.
2. Die versicherte Person ist verpflichtet, vor der Konsultation eines Spezialarztes das Einverständnis des Hausarztes einzuholen. Falls die versicherte Person von ihrem Hausarzt an einen Spezialarzt überwiesen wird und dieser eine Behandlung bzw. Abklärung durch einen weiteren Arzt oder eine stationäre Einrichtung empfiehlt, ist die versicherte Person verpflichtet, ihren Hausarzt darüber zu informieren und dessen Einverständnis einzuholen (Ausnahme: vgl. Art. 9).
3. Wenn der Hausarzt nicht erreichbar ist, gelangt die versicherte Person an dessen Stellvertreter oder an die zuständige Notfallorganisation am Wohnort bzw. am Aufenthaltsort.

4. Im Falle einer notfallmässigen Spitaleinweisung oder einer Behandlung durch einen Notfallarzt ist die versicherte Person verpflichtet, ihren Hausarzt zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu orientieren.

Art. 9 Ausnahmen von der Überweisungspflicht

Für folgende Fälle braucht es kein ausdrückliches Einverständnis des gewählten Hausarztes:

- A Sehhilfen (Brillengläser, Kontaktlinsen)
- B Mutterschaft
- C Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen
- D Gynäkologie, Andrologie, Urologie
- E Ambulante augenärztliche Untersuchungen
- F Zahnärztliche Behandlungen

4 Rechte und Pflichten

Art. 10 Information über die Mitgliedschaft

1. Die versicherte Person stellt bei jedem Hausarztbesuch sicher, dass der Hausarzt vom Beitritt zum Hausarztmodell Kenntnis erhält.
2. Bei Notfallbehandlungen geben sich die versicherten Personen gegenüber dem Leistungserbringer als Hausarztversicherter zu erkennen.
3. In Falle eines Notfalls sind die Versicherten verpflichtet, Ihren Hausarzt zum nächstmöglichen Zeitpunkt über die notfallmässige Behandlung zu informieren.

Art. 11 Verstoss gegen die Überweisungspflicht

1. Begibt sich eine versicherte Person ausserhalb der in Art. 9 aufgezählten Ausnahmefälle ohne gültige Überweisung des von der versicherten Person gewählten Hausarztes in ambulante oder stationäre Behandlung, so kann die KKSt die Kostenübernahme ablehnen. Die versicherte Person trägt in diesem Fall sämtliche mit der Behandlung verbundenen Kosten selber, ausser in Notfallsituationen sowie in Artikel 9 abschliessend aufgeführten Ausnahmefällen.
2. Bei Verstoss gegen die Überweisungspflicht kann die KKSt die Umteilung in die ordentliche Krankenpflegeversicherung vornehmen. Diese erfolgt unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den 1. des darauffolgenden Monats.
3. Nach einer erfolgten Umteilung ist der Neabschluss einer Versicherung nach besonderer Form der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG in Verbindung mit Art. 62 KVG und Art. 99-101 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) während zweier Jahre nicht mehr möglich.

Art. 12 Rechtspflege

Die Rechtspflege richtet sich nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) und dem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

Hausarztmodell Regiomed nach Krankenversicherungsgesetz KVG

1 Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Rechtsgrundlagen

1. Die Versicherung Hausarztmodell Regiomed ist eine Form der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Rechtsgrundlagen dieser Versicherungsform sind das geltende Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie deren Ausführungsbestimmungen und die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).
2. Die nachfolgenden Artikel regeln sämtliche Abweichungen von Hausarztmodell Regiomed gegenüber der ordentlichen Obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
3. Die Versicherung Hausarztmodell Regiomed ist eine besondere Form der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG in Verbindung mit Art. 62 KVG und Art. 99-101 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).
4. Das Hausarztmodell Regiomed wird in der Prämienregion BE2 angeboten.

Art. 2 Versicherungsträger

1. Versicherer des Hausarztmodells Regiomed ist die Krankenkasse Steffisburg (nachfolgend KKSt). Die KKSt ist eine Genossenschaft mit Sitz in Steffisburg.
2. Die KKSt verfügt über die Bewilligung des eidgenössischen Departements des Innern zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung.

Art. 3 Zweck

Das Hausarztmodell Regiomed verfolgt folgende Ziele:

- A Stärkung einer eigenverantwortlichen und gesunden Lebensweise der versicherten Person
- B Förderung des Vertrauensverhältnisses zwischen Hausarzt und Patient
- C Koordination aller medizinischen Behandlungen durch den gewählten Hausarzt
- D Koordination aller Behandlungen, Operationen und Aufenthalte durch gewählten Hausarzt
- E Steigerung der Qualität und Effizienz der medizinischen Leistungen
- F Erzielung von spürbaren Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen

2 Beginn und Ende der Versicherung

Art. 4 Beitritt

1. Der Beitritt in das Hausarztmodell Regiomed steht jeder interessierten Person im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen offen, die Wohnsitz in jenen Gebieten haben, in denen diese Versicherungsform angeboten wird.
2. Der Wechsel von der ordentlichen Krankenpflegeversicherung mit gesetzlicher Franchise in das Hausarztmodell Regiomed ist jederzeit auf den ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats möglich.
3. Die versicherte Person wählt einen Hausarzt aus und verpflichtet sich, alle Behandlungen und Untersuchungen durch den gewählten Hausarzt durchführen oder sich von ihm an Dritte überweisen zu lassen. Ausser in Notfällen und in den in Art. 9 genannten Fällen ist für eine ambulante oder stationäre Behandlung immer zuerst der Hausarzt beizuziehen.
4. Ausser bei nachgewiesenem Notfall oder bei Aufenthalt im Ausland verpflichtet sich die versicherte Person ebenfalls, ihre Medikamente und/oder alle anderen pharmazeutischen Präparate, welche zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen, ausschliesslich bei einer auf der Liste der anerkannten Apotheken aufgeführten Apotheke zu beziehen. Nur diese Apotheken gelten als Ansprechpartner. Sie koordinieren alle Fragen im Zusammenhang mit medikamentösen Behandlungen, welche der versicherten Person verschrieben werden. Die obgenannte Liste ist integraler Bestandteil der Versicherungsbedingungen des Hausarztmodells Regiomed.

Art. 5 Wechsel des Hausarztes

1. Ein Wechsel des Hausarztes ist nur mit dem Übertritt in die ordentliche Krankenpflegeversicherung möglich.
2. Der Wechsel erfolgt auf Anfang des neuen Jahres.
3. Wenn der ausgewählte Hausarzt das Vertragsverhältnis mit dem Versicherer oder der Netzwerkbetreiber-Betriebsgesellschaft auflöst, werden die bei diesem Leistungserbringer eingeschriebenen Versicherten die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers umgeteilt.
Bei Auflösung des Vertrages zwischen dem Versicherer und der Netzwerk-Betriebsgesellschaft resp. sämtlichen Ärzten des Netzwerkes fällt die Krankenpflegeversicherung Hausarztmodell Regiomed dahin. Dies führt automatisch zum Wechsel in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers.

Art. 6 Wechsel der Versicherungsform

Der Wechsel vom Hausarztmodell Regiomed in die ordentliche Krankenpflegeversicherung oder in eine andere Versicherungsform ist unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

Art. 7 Ende der Versicherung

1. Die ordentliche Kündigung des Hausarztmodells Regiomed kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist auf Ende des Kalenderjahres erfolgen.
2. Die Kündigung muss der KKSt spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist zukommen.
3. Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Versicherung unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.
4. Für einen Wechsel zu einem anderen Versicherer gelten die gesetzlichen Kündigungsbestimmungen.
5. Mit dem Eintritt in ein Alters-, Pflege- oder Wohnheim ist der Versicherer berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers zu überführen, wenn die Überwachung und Koordination der Behandlung durch den Hausarzt nicht mehr möglich ist.
6. Bei Verlegung des Wohnsitzes an einen ausserhalb eines unter Artikel 1, Abs. 4 und 5 definierten Ortes können die Versicherten auf Anfang des Monats, welcher der Wohnsitzverlegung folgt, in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers überführt werden. Der Wegzug aus dem Gebiet des Netzwerkes ist dem Versicherer innert Monatsfrist zu melden.
Bei Wohnsitzverlegung in das Gebiet eines anderen Netzwerkes des Versicherers haben die Versicherten das Recht, ihre Versicherung im neuen Netzwerkmodell weiterzuführen. Der Wegzug aus dem Gebiet des Netzwerkes sowie die Weiterversicherung im neuen Netzwerkmodell ist dem Versicherer innert eines Monats seit der Wohnsitzverlegung zu melden.

3 Leistungen

Art. 8 Grundsätze für Leistungsbezüge

1. Für die ambulante, stationäre oder teilstationäre Behandlung sowie für die Verordnung zum Bezug von Medikamenten und Hilfsmitteln ist, sofern die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nichts anderes vorsehen, immer zuerst der gewählte Hausarzt beizuziehen.
2. Die versicherte Person ist verpflichtet, vor der Konsultation eines Spezialarztes das Einverständnis des Hausarztes einzuholen. Falls die versicherte Person von ihrem Hausarzt an einen Spezialarzt überwiesen wird und dieser eine Behandlung bzw. Abklärung durch einen weiteren Arzt oder eine stationäre Einrichtung empfiehlt, ist die versicherte Person verpflichtet, ihren

- Hausarzt darüber zu informieren und dessen Einverständnis einzuholen (Ausnahme: vgl. Art. 9).
3. Die versicherte Person ist verpflichtet, der KKSt eine durch den Hausarzt vor der Nachfolgebehandlung ausgestellte schriftliche Überweisung immer zusammen mit dem Rückforderungsbeleg zukommen zu lassen.
 4. Wenn der Hausarzt nicht erreichbar ist, gelangt die versicherte Person an dessen Stellvertreter oder an die zuständige Notfallorganisation am Wohnort bzw. am Aufenthaltsort.
 5. Im Falle einer notfallmässigen Spitaleinweisung oder einer Behandlung durch einen Notfallarzt ist die versicherte Person verpflichtet, ihren Hausarzt zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu orientieren.

Art. 9 Ausnahmen von der Überweisungspflicht

Für folgende Fälle braucht es kein ausdrückliches Einverständnis des gewählten Hausarztes:

- A Sehhilfen (Brillengläser, Kontaktlinsen)
- B Mutterschaft
- C Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen
- D Gynäkologie, Andrologie, Urologie
- E Ambulante augenärztliche Untersuchungen
- F Zahnärztliche Behandlungen

4 Rechte und Pflichten

Art. 10 Information über die Mitgliedschaft

1. Die versicherte Person stellt bei jedem Hausarztbesuch sicher, dass der Hausarzt vom Beitritt zum Hausarztmodell Kenntnis erhält.
2. Bei Notfallbehandlungen geben sich die versicherten Personen gegenüber dem Leistungserbringer als Hausarztversicherter zu erkennen.
3. In Falle eines Notfalls sind die Versicherten verpflichtet, Ihren Hausarzt zum nächstmöglichen Zeitpunkt über die notfallmässige Behandlung zu informieren.

Art. 11 Verstoss gegen die Überweisungspflicht

1. Begibt sich eine versicherte Person ausserhalb der in Art. 9 aufgezählten Ausnahmefälle ohne gültige Überweisung des von der versicherten Person gewählten Hausarztes in ambulante oder stationäre Behandlung, so kann die KKSt die Kostenübernahme ablehnen. Die versicherte Person trägt in diesem Fall sämtliche mit der Behandlung verbundenen Kosten selber, ausser in Notfallsituationen sowie in Artikel 9 abschliessend aufgeführten Ausnahmefällen.
2. Bei Verstoss gegen die Überweisungspflicht kann die KKSt die Umteilung in die ordentliche Krankenpflegeversicherung vornehmen. Diese erfolgt unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den 1. des darauffolgenden Monats.
3. Nach einer erfolgten Umteilung ist der Neabschluss einer Versicherung nach besonderer Form der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG in Verbindung mit Art. 62 KVG und Art. 99-101 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) während zweier Jahre nicht mehr möglich.

Art. 12 Rechtspflege

Die Rechtspflege richtet sich nach dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) und dem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

Telemedizinisches Modell Sanmed24 nach Krankenversicherungsgesetz KVG

1 Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Rechtsgrundlagen

1. Die Versicherung Sanmed24 ist eine Form der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Rechtsgrundlagen dieser Versicherungsform sind das geltende Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie deren Ausführungsbestimmungen und die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).
2. Die nachfolgenden Artikel regeln sämtliche Abweichungen von Sanmed24 gegenüber der ordentlichen Obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
3. Die Versicherung Sanmed24 ist eine besondere Form der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG in Verbindung mit Art. 62 KVG und Art. 99-101 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

Art. 2 Versicherungsträger

1. Versicherer des telemedizinischen Modells Sanmed24 ist die Krankenkasse Steffisburg (nachfolgend KKSt). Die KKSt ist eine Genossenschaft mit Sitz in Steffisburg.
2. Die KKSt verfügt über die Bewilligung des eidgenössischen Departements des Innern zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung.
3. Das telemedizinische Modell Sanmed24 wird im gesamten Tätigkeitsgebiet der KKSt angeboten.

Art. 3 Zweck

Das telemedizinische Modell Sanmed24 verfolgt folgende Ziele:

- A Qualitätssteigerung der Leistungen durch ganzheitliche Beratung und Betreuung durch die Spezialisten des ärztlichen Gesundheitszentrums Medgate
- B Erzielen von spürbaren Kosteneinsparungen in der medizinischen Behandlung, welche in Form von Prämienrabatten an die versicherte Person weitergegeben werden sollen

2 Beginn und Ende der Versicherung

Art. 4 Beitritt

1. Der Beitritt in das telemedizinische Modell Sanmed24 steht jeder interessierten Person im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen offen, die Wohnsitz in jenen Gebieten haben, in denen diese Versicherungsform betrieben wird.
2. Der Wechsel von der ordentlichen Krankenpflegeversicherung mit gesetzlicher Franchise in Sanmed24 ist jederzeit auf den ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats möglich

3. Mit dem Abschluss von Sanmed24 erklärt sich die versicherte Person bereit, bei einem gesundheitlichen Problem vorgängig das ärztliche Beratungszentrum von Medgate telefonisch zu konsultieren. Im Art. 12 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Ausnahmefälle geregelt.
4. Medgate steht der versicherten Person rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr zur Verfügung. Es berät die versicherte Person bei allen gesundheitlichen Problemen und gibt Empfehlungen für die folgenden Behandlungsschritte ab.

Art. 5 Wechsel der Versicherungsform

Der Wechsel von Sanmed24 in die ordentliche Krankenpflegeversicherung oder in eine andere Versicherungsform ist unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

Art. 6 Ende der Versicherung

1. Die ordentliche Kündigung des telemedizinischen Modells Sanmed24 kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist auf Ende des Kalenderjahres erfolgen.
2. Die Kündigung muss der KKSt spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist zukommen.
3. Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Versicherung unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.
4. Für einen Wechsel zu einem anderen Versicherer gelten die gesetzlichen Kündigungsbestimmungen.
5. Mit dem Eintritt in ein Alters-, Pflege- oder Wohnheim ist der Versicherer berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen in die ordentliche Grundversicherung des Versicherers zu überzuführen, wenn die Überwachung und Koordination der Behandlung durch den Hausarzt nicht mehr möglich ist.

3 Leistungen

Art. 7 Grundsätze für Leistungsbezüge

1. Bei jedem gesundheitlichen Problem hat die versicherte Person oder an ihrer Stelle eine Drittperson vor der Vereinbarung eines Termins für eine Behandlung bei Leistungserbringern mit dem ärztlichen Beratungszentrum von Medgate telefonisch Kontakt aufzunehmen (Telefon 0844 844 911, Ortstarif).
2. Medgate berät die versicherte Person medizinisch und vereinbart mit ihr den optimalen Behandlungspfad und das Zeitfenster, in dem die Konsultation bei einem Leistungserbringer erfolgen soll.

3. Erfolgt vom behandelnden Arzt ein Aufgebot zur Nachkontrolle oder eine Überweisung zu einem anderen Leistungserbringer, ist erneut eine Rücksprache mit Medgate erforderlich.
4. Die KKSt kann die Wahl der Leistungserbringer einschränken.

4 Prämien und Kostenbeteiligungen

Art. 8 Prämien

Die KKSt gewährt einen Rabatt auf der Prämie der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif.

Art. 9 Kostenbeteiligungen

Für die Berechnung der Jahresfranchise, des Selbstbehaltes sowie des Betrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes bei den für die versicherte Person erbrachten Leistungen gelten die Bestimmungen des KVG. Die versicherte Person kann sich auch für eine höhere als die ordentliche Jahresfranchise entscheiden.

5 Rechte und Pflichten

Art. 10 Information über die Mitgliedschaft

1. Bei jedem gesundheitlichen Problem hat die versicherte Person oder an ihrer Stelle eine Drittperson vor der Vereinbarung eines Termins für eine Behandlung bei Leistungserbringern, sofern die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nichts anderes vorsehen mit dem ärztlichen Beratungszentrum von Medgate telefonisch Kontakt aufzunehmen (Telefon 0844 844 911).
2. Medgate berät die versicherte Person medizinisch und vereinbart mit ihr den optimalen Behandlungspfad sowie das Zeitfenster, in dem die Konsultation erfolgen soll.
3. Erfolgt vom behandelnden Arzt ein Aufgebot zur Nachkontrolle oder eine Überweisung zu einem anderen Leistungserbringer, ist erneut eine Rücksprache mit Medgate erforderlich, um ein neues Zeitfenster zu definieren.
4. Beim Eintritt in ein Pflegeheim ist ebenfalls mit Medgate vorgängig Kontakt aufzunehmen.
5. Der Austritt aus einem Spital oder Pflegeheim ist Medgate baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden.

Art. 11 Wahl des Leistungserbringers

1. In der Wahl des Leistungserbringers ist die versicherte Person im Rahmen des KVG frei.
2. Die KKSt kann die Wahl des Leistungserbringers anhand einer vorgegebenen Liste einschränken.

Art. 12 Ausnahmen von der Beratungspflicht

Für folgende Fälle braucht es kein ausdrückliches Einverständnis des ärztlichen Beratungszentrum Medgate:

- A Sehhilfen (Brillengläser, Kontaktlinsen)
- B Mutterschaft
- C Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen
- D Gynäkologische Erkrankungen

- E Ambulante augenärztliche Untersuchungen
- F Zahnärztliche Behandlungen

Art. 13 Notfallbehandlungen

Notfallbehandlungen sind im gleichen Umfang wie in der ordentlichen Krankenpflegeversicherung versichert und Medgate baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden.

Art. 14 Verstoss gegen die Beratungspflicht

1. Begibt sich eine versicherte Person ausserhalb der in Art. 12 aufgezählten Ausnahmefälle ohne vorherige Kontaktaufnahme mit Medgate in ambulante oder stationäre Behandlung, so kann die KKSt die Kostenübernahme ablehnen. Die versicherte Person trägt in diesem Fall sämtliche mit der Behandlung verbundenen Kosten selber, ausser in Notfallsituationen sowie in Artikel 12 abschliessend aufgeführten Ausnahmefällen.
2. Bei Verstoss gegen die Kontaktaufnahmepflicht kann die KKSt die Umteilung in die ordentliche Krankenpflegeversicherung vornehmen. Diese erfolgt unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den 1. des darauf folgenden Monats.
3. Nach einer erfolgten Umteilung ist der Neabschluss einer Versicherung nach besonderer Form der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4 KVG in Verbindung mit Art. 62 KVG und Art. 99-101 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) während zweier Jahre nicht mehr möglich.

6 Schlussbestimmungen

Art. 15 Datenaustausch

1. Medgate hält die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des KVG, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und des Datenschutzgesetzes (DSG) ein. Zur Identifikation der Versicherten erhält Medgate von der KKSt den Zugriff auf die aktualisierten Personendaten der versicherten Person.
2. Diese Daten umfassen die Versicherten-Nummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht und Adresse sowie die entsprechende Versicherungsdeckung.
3. Zur Beurteilung kann die KKSt der versicherten Person betreffende Rechnungen von Leistungserbringern an Medgate zur Verfügung stellen.
4. Medgate stellt der KKSt die zur Leistungsfestsetzung notwendigen Daten wie namentlich Datum des Anrufs und Zeitfenster für die Konsultation beim Leistungserbringer zur Verfügung.
5. Es werden dabei keine medizinischen und sonstigen gemäss Datenschutzgesetz besonders schützenswerten Personendaten weitergegeben.
6. Zudem untersteht das Personal von Medgate der Schweigepflicht gemäss Art. 33 ATSG.
7. Mit dem Beitritt zu Sanmed24 erklärt sich die versicherte Person mit dieser Übermittlung der administrativ notwendigen Daten einverstanden.

Art. 16 Telefonische Beratung

1. Die telefonische Beratung wird jeweils aufgezeichnet und von Medgate archiviert. Das Personal von Medgate untersteht der Schweigepflicht gemäss Art. 33 ATSG.
2. Das Personal der KKSt hat keinerlei Zugriff zu diesen Daten.

Art. 17 Haftung

1. Die KKSt haftet nicht für die medizinischen Empfehlungen von Medgate.
2. Die Haftung für die abgegebenen medizinischen Empfehlungen sowie der therapeutischen und diagnostischen Leistungen liegt ausschliesslich bei den jeweiligen Leistungserbringern.

Freiwillige Taggeldversicherung nach Krankenversicherungsgesetz KVG

1 Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlagen der freiwilligen Taggeldversicherung sind das geltende Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 sowie die entsprechenden Ausführungsbestimmungen und die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Art. 2 Versicherungsträger

1. Versicherer der freiwilligen Taggeldversicherung ist die Krankenkasse Steffisburg (nachfolgend KKSt). Die KKSt ist eine Genossenschaft mit Sitz in Steffisburg.
2. Die KKSt verfügt über die Bewilligung des eidgenössischen Departements des Innern zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung.
3. Das Tätigkeitsgebiet der Versicherungen nach KVG umfasst die Kantone Bern, Zürich, Aargau, Solothurn, Nidwalden und Obwalden.

Art. 3 Zweck

Die KKSt führt die freiwillige Taggeldversicherung nach KVG. Die versicherbaren Taggelder betragen CHF 5.–, CHF 10.–, CHF 15.–, CHF 20.–.

2 Beginn und Ende der Versicherung

Art. 4 Beitritt

1. Wer in der Schweiz Wohnsitz hat oder erwerbstätig ist und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat, kann eine Taggeldversicherung bei der KKSt abschliessen.
2. Jeder Antragssteller hat einen schriftlichen Versicherungsantrag mit vollständigen und wahrheitsgetreuen Angaben über die Personalien, den Gesundheitszustand, bestehende Versicherungen sowie den Leistungsbezug persönlich zu unterzeichnen.
3. Die KKSt kann Krankheiten und Unfallfolgen, die bei der Aufnahme bestehen, durch einen Vorbehalt von der Versicherung ausschliessen. Das Gleiche gilt für frühere Krankheiten, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können.
4. Der Versicherungsvorbehalt fällt spätestens nach 5 Jahren dahin. Die versicherte Person kann vor Ablauf dieser Frist den Nachweis erbringen, dass der Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.
5. Sind bei der Aufnahme Krankheiten sowie Unfälle und deren Folgen verheimlicht worden, kann die KKSt diese durch einen Vorbehalt nachträglich rückwirkend ausschliessen.
6. Die KKSt kann eine ärztliche Aufnahmeuntersuchung anordnen und ärztliche Zeugnisse verlangen.

7. Die KKSt führt gestützt auf den Versicherungsantrag eine Risikoprüfung durch.

Art. 5 Versicherungsänderungen

Versicherungsänderungen sind jederzeit auf den ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats möglich. Sie erfolgen nach den gleichen Bedingungen wie bei einem Neuabschluss.

Art. 6 Freizügigkeit

1. Die Freizügigkeit wird der versicherten Person im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen gewährt.
2. Die versicherte Person hat ihr Recht auf Freizügigkeit innert drei Monaten nach Erhalt der Mitteilung des früheren Versicherers geltend zu machen.
3. Die beim bisherigen Versicherer bezogenen Taggelder werden an die Dauer der Bezugsberechtigung angerechnet.

Art. 7 Unfallrisiko

Das Unfallrisiko ist in der freiwilligen Taggeldversicherung inbegriffen. Durch schriftliche Erklärung der versicherten Person kann der Ausschluss des Unfallrisikos erfolgen.

Art. 8 Ende der Versicherung

1. Die Kündigung ist unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten auf Ende eines Kalendersemesters möglich. Die Kündigung ist nur gültig, wenn sie der KKSt termingerecht, d.h. spätestens am letzten Arbeitstag vor Beginn der dreimonatigen Kündigungsfrist zugekommen ist.
2. Die Versicherung endet ebenfalls durch:
 - A Wegzug aus dem Tätigkeitsbereich der KKSt
 - B Erschöpfung der Anspruchsberechtigung
 - C Aufgabe der Erwerbstätigkeit, spätestens nach beendetem 65. Altersjahr
 - D Ausschluss
 - E Tod der versicherten Person

3 Leistungen

Art. 9 Leistungsumfang

1. Anspruch auf das Taggeld besteht, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von einer zu deren Bescheinigung befugten Person schriftlich bestätigt ist.
2. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit von wenigstens 50 % besteht Anspruch auf ein entsprechend herabgesetztes Taggeld.
3. Vorbehältlich anders lautender vertraglicher Regelung bezahlt die KKSt die Kosten für Arbeitsunfähigkeitszeugnisse der versicherten Person nicht.
4. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Art. 10 Beginn und Ende des Leistungsanspruches

1. Das Taggeld wird für eine oder mehrere Krankheiten längstens während 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen ausgerichtet.
2. Ein Anspruch auf Leistungen besteht erst nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist. Diese wird vom Tag des Beginns der ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeit an berechnet. Erfolgt die Krankmeldung nach dem dritten Tag seit Beginn der Behandlung, so beginnt der Leistungsanspruch erst vom Tage der Krankmeldung an, es sei denn, für die Verzögerung treffe den Versicherten kein Verschulden.
3. Das Taggeld wird bis zum letzten Tag der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit ausbezahlt.
4. Die versicherte Person darf die Erschöpfung der Genussberechtigung nicht dadurch aufhalten, dass sie vor Ende der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit auf das Taggeld verzichtet.

Art. 11 Mutterschaft

1. Bei Schwangerschaft und Niederkunft bezahlt die KKSt die gleichen Leistungen wie bei Krankheit, sofern die versicherte Person bis zum Tag der Niederkunft während mindestens 270 Tagen und ohne Unterbrechung von mehr als drei Monaten versichert war.
2. Die versicherte Person hat Anrecht auf 16 Wochen Taggeldleistungen, wovon mindestens acht Wochen nach der Niederkunft liegen müssen. Eine allfällig vereinbarte Wartefrist wird angerechnet.
3. Mutterschaftsleistungen werden an die Leistungsdauer gemäss Artikel 9 nicht angerechnet.

Art. 12 Kürzung und Einstellung von Leistungen

Die Leistungen können vorübergehend oder dauernd gekürzt oder in schwerwiegenden Fällen verweigert werden, wenn die versicherte Person:

- A das versicherte Ereignis vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert hat.
- B sich einer zumutbaren Behandlung entzieht oder diese verweigert oder nicht aus eigenem Antrieb das Zumutbare dazu beiträgt. In diesem Fall ist die versicherte Person vorgängig schriftlich zu mahnen und darauf hinzuweisen, dass die Leistungen gekürzt bzw. vollständig verweigert werden können.

4 Schlussbestimmungen

Art. 13 Mitteilungen

Alle Mitteilungen seitens KKSt bzw. des Versicherungsträgers erfolgen rechtsgültig an die von der versicherten oder anspruchsberechtigten Person zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.