

# ALLGEMEINE VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN (AVB)

Ausgabe 1. Januar 2017

## ERGÄNZENDE VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN UND ALLGEMEINE RECHTSSCHUTZBEDINGUNGEN

### INHALTSVERZEICHNIS

2	<b>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Versicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)</b>	21	<b>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)</b>
3	Obligatorische Krankenpflegeversicherung	27	Ergänzende Versicherungsbedingungen für Mivita, Comforta und Spital von TelFirst- und FlexCare-Versicherten
5	Taggeld KVG	28	Ergänzende Versicherungsbedingungen für Mivita, Comforta und Spital von HMO-Versicherten
9	TelFirst	29	Ergänzende Versicherungsbedingungen für Mivita, Comforta und Spital von CareMed-Versicherten
12	HMO	30	<b>Patientenrechtsschutz</b>
15	CareMed		
18	FlexCare		

Bitte diese Unterlagen mit der Versicherungspolice aufbewahren

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

Ausgabe 1. Januar 2017

---

**INHALTSVERZEICHNIS**

---

**A ALLGEMEINES**

**I Grundlagen**

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

**II Versicherungsverhältnis**

4	Abschluss der obligatorischen Kranken- pflegeversicherung	2
5	Abschluss der Versicherung Taggeld KVG	2
6	Versicherungsantrag	2

**III Verschiedene Bestimmungen**

7	Zahlungsbedingungen	3
8	Zahlungsverkehr	3
9	Anzeige- und Meldepflichten	3

**B OBLIGATORISCHE KRANKENPFLEGE-  
VERSICHERUNG**

**I Allgemeines**

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

**II Kostenbeteiligung**

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

**III Wählbare Franchise**

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

**IV Verschiedene Bestimmungen über die  
Kostenbeteiligung**

21	Höchstbetrag	5
----	--------------	---

**C TAGGELD KVG**

**I Allgemeines**

22	Grundlagen und Zweck der Versicherung	5
23	Kranken- und Unfalltaggeld	5
24	Wartezeiten	5
25	Zulässige Versicherungen	6

**II Versicherungsverhältnis**

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

**III Prämien**

32	Festsetzung der Prämien	6
----	-------------------------	---

**IV Leistungen**

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

**D SCHLUSSBESTIMMUNGEN**

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

## A ALLGEMEINES

### I Grundlagen

#### 1 Rechtsgrundlagen

Das geltende Bundesgesetz über die Krankenversicherung und dessen Ausführungsbestimmungen sowie der Allgemeine Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und dessen Ausführungsbestimmungen bilden die Rechtsgrundlagen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

#### 2 Geltungsbereich

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

#### 3 Männliche / weibliche Form

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

### II Versicherungsverhältnis

#### 4 Abschluss der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

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

#### 5 Abschluss der Versicherung Taggeld KVG

- 5.1 Versichern können sich Personen, die das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt haben und in der Schweiz wohnhaft oder erwerbstätig sind.
- 5.2 Personen, die aus einer Taggeldversicherung ausgesteuert wurden, können keine Versicherung Taggeld KVG mehr abschliessen.

#### 6 Versicherungsantrag

- 6.1 Der Antrag auf Versicherung hat schriftlich zu erfolgen. Die im Versicherungsantrag gestellten Fragen sind wahrheitsgetreu und vollständig zu beantworten. Für eine nicht handlungsfähige Person ist der Versicherungsantrag durch deren gesetzlichen Vertreter zu stellen.
- 6.2 Fragen zum Gesundheitszustand müssen nur beim Abschluss der Versicherung Taggeld KVG sowie beim Antrag von Zusatzversicherungen nach VVG beantwortet werden.

### III Verschiedene Bestimmungen

#### 7 Zahlungsbedingungen

- 7.1 Die Prämien sind im Voraus in der Regel monatlich zahlbar und werden je nach Zahlungsverfahren am ersten Montag einer Zahlungsperiode fällig. Atupri kann andere Zahlungsverfahren anbieten.
- 7.2 Bei Beginn oder Ende der Versicherung im Verlauf eines Monats sind die Prämie anteilmässig entsprechend der Anzahl versicherter Tage geschuldet.

- 7.3 Atupri hat das Recht, die von säumigen Zahlern verursachten Spesen wie Kosten für Mahnungen, Beteiligungen usw. zurückzufordern.

#### 8 Zahlungsverkehr

- 8.1 Die Verrechnung von Prämien, Kostenbeteiligungen, Rückerstattungen und anderen Guthaben erfolgt mit dem üblichen Zahlungsverkehr. Atupri kann beim Prämieninkasso Ausnahmen vorsehen.
- 8.2 Atupri nimmt Auszahlungen von Guthaben des Versicherungsnehmers ausschliesslich über ein Bank- oder Postkonto vor. Eine entsprechende Kontoverbindung ist Atupri rechtzeitig bekannt zu geben.

#### 9 Anzeige- und Meldepflichten

- 9.1 Bei Unfällen hat die versicherte Person unverzüglich eine Unfallmeldung einzureichen, die Auskunft gibt über:
  - Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalls
  - den behandelnden Arzt oder das Spital
  - allfällige betroffene Haftpflichtige und VersichererDie entsprechenden Unfallmeldeformulare können beim zuständigen Service Center angefordert werden.
- 9.2 Die versicherte Person hat Atupri sämtliche Angaben zu machen, die diese für die Festsetzung der Leistungen benötigt. Dazu gehört auch die Einreichung von allfälligen Verfügungen anderer Sozialversicherer und von Belegen allfälliger Privatversicherer.
- 9.3 Die versicherte Person hat Atupri über Art und Ausmass aller Leistungen zu orientieren, die sie bei Krankheit oder Unfall von leistungspflichtigen Dritten aus unerlaubter Handlung, Vertrag oder Gesetz beanspruchen kann oder ausbezahlt erhält.
- 9.4 Die versicherte Person ist verpflichtet, sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffenden Änderungen ihrer persönlichen Verhältnisse (z.B. Wohnsitzwechsel, Kontoverbindung) umgehend Atupri zu melden. Sie haftet für Nachteile oder Schäden, die aus verspäteter Meldung entstehen.
- 9.5 Bewirkt der Wechsel des Wohnsitzes eine Prämienänderung, wird diese auf das Datum des Wohnsitzwechsels wirksam. Fehlt ein solches Datum, passt Atupri die Prämie ab demjenigen Monatsbeginn an, der dem Empfang der Adressänderungsmeldung näher liegt. Eine Prämienanpassung infolge Wohnsitzänderung berechtigt nicht zum Wechsel des Versicherers gemäss Artikel 14.2.

## B OBLIGATORISCHE KRANKENPFLEGE-VERSICHERUNG

### I Allgemeines

#### 10 Grundlagen

- 10.1 Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (nachfolgend Grundversicherung genannt) wird nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und dessen Ausführungsbestimmungen geführt. Der Leistungsumfang richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen und umfasst die folgenden Risiken:

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

- 10.2 Atupri bietet in der Grundversicherung folgende Versicherungsformen gemäss den Bestimmungen des KVG an:
- Standard
  - TelFirst
  - HMO
  - CareMed
  - FlexCare
- 10.3 TelFirst, HMO, CareMed und FlexCare gelten als besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Es gilt jeweils der separate Anhang zu den vorliegenden AVB.
- 10.4 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen gemäss Artikel 18 bis 20 gilt ebenfalls als besondere Versicherungsform. Sie kann für alle Versicherungsformen gemäss Absatz 2 abgeschlossen werden.
- 10.5 Nicht offen stehen die besonderen Versicherungsformen gemäss Absatz 3 und 4 für Personen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) oder der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA) wohnen und entsprechend dem Abkommen über die Personenfreizügigkeit mit der EU im Bereich der sozialen Krankenversicherung versichert sind.

## 11 Unfallrisiko

- 11.1 Ist das Unfallrisiko versichert, werden bei Unfall die gleichen Leistungen ausgerichtet wie bei Krankheit.
- 11.2 Versicherte Personen, die für Berufs- und Nichtberufsunfall gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch versichert sind, können die Sistierung der Unfaldeckung beantragen. Diese Unfaldeckung ist durch einen entsprechenden Nachweis zu belegen. Die Sistierung beginnt frühestens am ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats.
- 11.3 Erlischt die Deckung gemäss UVG, so hat die versicherte Person dies Atupri innerhalb eines Monats schriftlich mitzuteilen.

### 11a Prämien

- 11a.1 Der Prämientarif ist aufgrund des Ausgabenumlageverfahrens Änderungen unterworfen und wird in der Regel auf Beginn des Kalenderjahres neu festgesetzt. Die von der Aufsichtsbehörde bewilligte neue Prämie muss der versicherten Person in jedem Fall mindestens zwei Monate vor Inkrafttreten mitgeteilt werden.
- 11a.2 Massgebend für die Prämie ist der Wohnort der versicherten Person.
- 11a.3 Der Wohnort ist der Aufenthaltsort, an welchem die versicherte Person längere Zeit effektiv lebt und der nach ihrem Willen während einer gewissen Zeit aufrechterhalten bleiben soll – ohne dass sie dort notwendigerweise ihren Wohnsitz gemäss Zivilgesetz (ZGB) hat.
- 11a.4 Bewirkt der Wechsel des Wohnortes eine Prämienänderung, wird diese auf das Datum des Wohnortwechsels wirksam. Fehlt ein solches Datum, passt

Atupri die Prämie ab demjenigen Monatsbeginn an, der dem Empfang der Adressänderungsmeldung näher liegt. Eine Prämienanpassung infolge Wohnortänderung berechtigt nicht zum Wechsel des Versicherers gemäss Artikel 14.2.

## 12 Prämienrückvergütung bei Militärdienst

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

## 13 Leistungen bei Auslandsaufenthalt

- 13.1 Atupri übernimmt im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen die Kosten von Behandlungen, die in Notfällen im Ausland erbracht werden. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist.
- 13.2 Begibt sich eine versicherte Person zur Behandlung, Pflege oder Niederkunft ins Ausland, werden keine Leistungen erbracht. Die gesetzlich vorgesehenen Ausnahmeregelungen bleiben vorbehalten.

## 14 Wechsel des Versicherers

- 14.1 Der Wechsel des Versicherers kann durch die versicherte Person, unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist, per Ende Juni oder Ende Dezember eines Jahres mittels Kündigung erklärt werden.
- 14.2 Bei Mitteilung der neuen Prämie gemäss Artikel 11a.1 kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.
- 14.3 Die Kündigung ist nur gültig, wenn sie schriftlich sowie frist- und termingerecht erfolgt. Die Kündigung gilt dann als fristgerecht erfolgt, wenn sie am letzten Arbeitstag vor Beginn der Kündigungsfrist zur üblichen Geschäftszeit bei Atupri eingetroffen ist.
- 14.4 Solange säumige Versicherte die ausstehenden Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinse und Betreuungskosten nicht vollständig bezahlt haben, können sie in Abweichung der Absätze 1 und 2 den Versicherer nicht wechseln.
- 14.5 Abweichende Bestimmungen in den besonderen Versicherungsformen gehen diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor.

## II Kostenbeteiligung

### 15 Arten der Kostenbeteiligung

- 15.1 Die versicherten Personen haben sich an den Pflegekosten für Krankheit und Unfall zu beteiligen mit:
- einem festen Betrag je Kalenderjahr (Franchise)
  - einem Selbstbehalt von mindestens 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten
  - einem täglichen Beitrag von CHF 15.– an die Kosten des Aufenthaltes im Spital
- 15.2 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.
- 15.3 Bei Wechsel des Versicherers im Verlaufe eines Kalenderjahres rechnet Atupri die in diesem Jahr bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an.

### 16 Ausnahmen von der Kostenbeteiligung

- 16.1 Für versicherte Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird ein fester Betrag je Kalenderjahr nur erhoben, falls eine wählbare Franchise gemäss Artikel 20 vereinbart ist.
- 16.2 Auf den Leistungen für Mutterschaft wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

### 17 Ordentliche Franchise

Die ordentliche Franchise beträgt CHF 300.– pro Kalenderjahr.

## III Wählbare Franchise

### 18 Grundsatz

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

### 19 Abschluss und Wechsel

- 19.1 Der Abschluss der Versicherung mit wählbarer Franchise steht allen versicherten Personen offen.
- 19.2 Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.
- 19.3 Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres sowie gemäss Artikel 14.2 möglich.
- 19.4 Wechselt die versicherte Person den Versicherer gemäss Artikel 14.2 während des Kalenderjahres, so behält sie die beim bisherigen Versicherer gewählte Franchise, sofern der übernehmende Versicherer diese Versicherungsform führt.

### 20 Wählbare Beträge

- 20.1 Gegen eine Reduktion der Prämien können sich versicherte Personen für eine höhere Franchise entscheiden.
- 20.2 Atupri bietet folgende wählbare Franchisen für versicherte Personen ab dem vollendeten 18. Altersjahr an: CHF 500.–, CHF 1000.–, CHF 1500.–, CHF 2000.– und CHF 2500.–.

- 20.3 Atupri bietet folgende wählbare Franchisen für versicherte Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr an: CHF 100.–, CHF 200.–, CHF 400.– und CHF 600.–.
- 20.4 Die Reduktionen sind so bemessen, dass die Prämie der Versicherung mit der höchsten wählbaren Franchise mindestens 50 Prozent der Prämie beträgt, die bei ordentlicher Franchise mit Unfalldeckung erhoben wird; massgebend sind dabei die Altersgruppe und die Prämienregion der versicherten Person. Im Weiteren entspricht die Prämienreduktion höchstens 70 Prozent des von der versicherten Person mit der Wahl der höheren Franchise übernommenen zusätzlichen Risikos, das heisst der Differenz zwischen der entsprechenden wählbaren Franchise und der ordentlichen Franchise.

## IV Verschiedene Bestimmungen über die Kostenbeteiligung

### 21 Höchstbetrag

- 21.1 Der jährliche Höchstbetrag für die Kostenbeteiligung beläuft sich für versicherte Personen ab dem vollendeten 18. Altersjahr auf CHF 700.– für den Selbstbehalt, zuzüglich des Betrages der ordentlichen bzw. der gewählten Franchise. Der tägliche Beitrag an die Spitalkosten von CHF 15.– ist zusätzlich zu entrichten.
- 21.2 Für versicherte Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr beläuft sich der jährliche Höchstbetrag auf CHF 350.– zuzüglich des Betrages einer allfällig gewählten Franchise.
- 21.3 Sind von einer Familie mehrere Personen unter dem vollendeten 18. Altersjahr bei Atupri versichert, so sind für sie zusammen höchstens die ordentliche Franchise und der Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.
- 21.4 Werden in einer Familie für Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr Franchisen gewählt, beträgt die gesamte Kostenbeteiligung für diese Personen zusammen maximal das Zweifache der höchsten gewählten Franchise, zuzüglich des Höchstbetrages des Selbstbehaltes je Kind.

## C TAGGELD KVG

### I Allgemeines

#### 22 Grundlagen und Zweck der Versicherung

- 22.1 Die Versicherung Taggeld KVG wird nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und dessen Ausführungsbestimmungen geführt.
- 22.2 Die Versicherung Taggeld KVG deckt den Verdienstaufschlag bei Arbeitsunfähigkeit, der durch Krankheit, Mutterschaft oder Unfall entsteht.

#### 23 Kranken- und Unfalltaggeld

Wahlweise kann die Versicherungsdeckung für die Risiken Krankheit und/oder Unfall abgeschlossen werden.

#### 24 Wartefristen

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



## 25 Zulässige Versicherungen

- 25.1 In der Versicherung Taggeld KVG kann ein Betrag von höchstens CHF 30.– pro Tag versichert werden. Das Mindesttaggeld beträgt CHF 10.– pro Tag, die Bestimmungen über die Versicherungsdeckung nach dem 65. Altersjahr gemäss Artikel 40.1 bleiben vorbehalten.
- 25.2 Für Nichterwerbstätige ist ein Höchstbetrag von CHF 10.– pro Tag zulässig.
- 25.3 Ausserhalb von Atupri bestehende Versicherungen werden an den zulässigen Höchstbetrag angerechnet.

## II Versicherungsverhältnis

### 26 Versicherungsantrag

- 26.1 Mit dem Versicherungsantrag ermächtigt der Antragsteller die von ihm beigezogenen Ärzte, die übrigen Medizinalpersonen und nicht ärztliche, therapeutische Leistungserbringer sowie die bisherigen Versicherer, Atupri die für die Versicherung und die Abklärung späterer Leistungspflicht notwendigen Auskünfte zu erteilen.
- 26.2 Atupri kann vom Antragsteller ein ärztliches Zeugnis oder eine vertrauensärztliche Untersuchung verlangen. Sie trägt die Kosten und kann den Arzt bestimmen.

### 27 Versicherungsvorbehalt

- 27.1 Krankheiten, Gebrechen oder Unfallfolgen, die bei Versicherungsabschluss bestehen, werden von der Versicherung ausgeschlossen (Versicherungsvorbehalt). Ein Vorbehalt wird ferner angebracht für frühere Krankheiten und Unfälle, die erfahrungsgemäss zu Rückfällen führen können.
- 27.2 Der Vorbehalt gilt ab Beginn der Versicherung; er fällt nach Ablauf von 5 Jahren ohne Weiteres dahin. Die versicherte Person kann vor Ablauf dieser Frist mit einem ausführlichen Zeugnis den Nachweis erbringen, dass der Vorbehalt nicht mehr gerechtfertigt ist.
- 27.3 Der Versicherungsvorbehalt wird der versicherten Person mit Beginn und Ende der Vorbehaltsfrist schriftlich mitgeteilt.

### 28 Anzeigepflichtverletzung

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

### 29 Erhöhung der Versicherung

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

### 30 Umwandlung der Versicherung

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

- 30.2 Wenn die Wartezeit dem bisherigen arbeitsvertraglich festgelegten Lohnfortzahlungsanspruch entspricht, können Arbeitnehmer
- bei Änderung des Arbeitsvertrages die Wartezeit um die Dauer einer wegfallenden Lohnfortzahlung reduzieren oder
  - bei Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit die Wartezeit auf 30 Tage verkürzen.
- Die Gesuche müssen innert 3 Monaten nach Eintreten des Änderungsgrundes eingereicht werden. Innert dieser Frist wird die Reduktion der Wartezeit ungeachtet des Alters und des Gesundheitszustandes gewährt.

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

### 31 Reduktion, Kündigung sowie Erlöschen der Versicherung

- 31.1 Unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist kann jede versicherte Person auf Ende eines Monats schriftlich die Versicherung Taggeld KVG kündigen bzw. die bestehende Versicherung reduzieren.
- 31.2 Eine versicherte Person kann jedoch schriftlich auf Ende eines Monats die Versicherung kündigen, sofern eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:
- dauernde Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland
  - Prämienhöhung in der Taggeldversicherung
  - Übertritt in eine Taggeldversicherung des Arbeitgebers
- 31.3 Bei voraussichtlich dauernder Überversicherung ist die versicherte Person oder Atupri berechtigt, die bestehende Taggeldversicherung herabzusetzen.
- 31.4 Die Versicherung erlischt automatisch, wenn die maximale Leistungsdauer erreicht ist, spätestens bei Vollendung des 70. Altersjahres.
- 31.5 Die Reduktion der Versicherungsdeckung nach vollendetem 65. Altersjahr ist in Artikel 40 geregelt.

## III Prämien

### 32 Festsetzung der Prämien

- 32.1 Die Prämien werden bis zum 25. Altersjahr nach dem jeweiligen Lebensalter festgelegt.
- 32.2 Ab dem 26. Altersjahr werden die Prämien nach dem Eintrittsalter festgelegt; als Mindesteintrittsalter gilt die Altersgruppe 26 bis 30.
- 32.3 Bei Erhöhung der Versicherung wird das bestehende Taggeld grundsätzlich in der bisherigen Altersgruppe weitergeführt. Zur Festlegung der Altersgruppe für das zusätzliche Taggeld ist das Lebensalter massgebend. Die Bestimmungen gemäss Artikel 30 bleiben vorbehalten. Spezialfälle, insbesondere mehrmalige Erhöhungen, regelt die Geschäftsleitung.

## IV Leistungen

### 33 Leistungsvoraussetzungen

- 33.1 Die versicherte Person hat ihre Arbeitsunfähigkeit spätestens innert 5 Tagen nach Ablauf der verein-

barten Wartefrist zu melden. Innert weiterer 3 Tage ist eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes oder des Chiropraktors einzureichen.

- 33.2 Bei verspäteter Einreichung besteht frühestens ab Eingang des ärztlichen Zeugnisses Anspruch auf das versicherte Taggeld.
- 33.3 Die versicherte Person hat den Nachweis von ungedecktem Verdienstaufschlag zu erbringen.
- 33.4 Nach Abschluss der Arbeitsunfähigkeit oder nach Änderung des Arbeitsunfähigkeitsgrades ist Atupri unverzüglich eine Bestätigung über Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit einzureichen.

#### 34 Leistungsbeginn und Anrechnung der Wartefrist

- 34.1 Der Anspruch auf Taggelder beginnt nach Ablauf der vereinbarten Wartefrist.
- 34.2 Die Wartefrist wird bei der Leistungsausrichtung einmal innert 365 Tagen berechnet.

#### 35 Leistungsdauer

- 35.1 Das versicherte Taggeld wird während maximal 720 im Verlaufe von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausgerichtet. Für versicherte Personen nach Vollendung des 65. Altersjahres ist Artikel 40 massgebend. Wartefristen von 30 und mehr Tagen werden an die maximale Leistungsdauer angerechnet.
- 35.2 Bei Ausrichtung von reduziertem Taggeld gemäss Artikel 36 wird ein entsprechend gekürztes Taggeld während der in Absatz 1 vorgesehenen Dauer geleistet. Der Versicherungsschutz für die restliche Arbeitsfähigkeit bleibt erhalten.
- 35.3 Bei Ausrichtung von reduziertem Taggeld gemäss Artikel 37 werden so viele Tage an die maximale Leistungsdauer angerechnet, als sich ergeben, wenn der Gesamtbetrag des reduzierten Taggeldes durch den Betrag des vollen Taggeldes dividiert wird.
- 35.4 Die versicherte Person darf nicht durch Verzicht auf Leistungen die Aussteuerung aus der Versicherung verhindern.

#### 36 Teilweise Arbeitsunfähigkeit

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

#### 37 Überentschädigung

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

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

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

#### 38 Mutterschaft

- 38.1 Bei Schwangerschaft und Niederkunft wird während 16 Wochen das Taggeld ausgerichtet, welches bis zum Tage der Niederkunft während mindestens 270 Tagen, ohne Unterbruch von mehr als 3 Monaten, bei anerkannten Krankenversicherern für Krankheit versichert war. Mindestens 8 der 16 Wochen müssen nach der Niederkunft liegen. Die vereinbarte Wartefrist wird an die 16 Wochen angerechnet.
- 38.2 Die Leistungen bei Mutterschaft werden nicht an die maximale Leistungsdauer angerechnet.
- 38.3 Bei Frauen, die ihre Erwerbstätigkeit früher als 8 Wochen vor ihrer Niederkunft aufgeben, wird die bestehende Taggeldversicherung auf den Höchstbetrag gemäss Artikel 25.2 herabgesetzt.

#### 39 Anspruch im Ausland

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

#### 40 Versicherungsdeckung nach dem vollendeten 65. Altersjahr

- 40.1 Die bei Vollendung des 65. Altersjahres bestehende Versicherungsdeckung wird automatisch auf CHF 5.– pro Tag reduziert. Ist die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt arbeitsfähig und bleibt sie weiterhin erwerbstätig, kann sie auf Antrag hin das Taggeld in der bisherigen Höhe bis zur Vollendung des 70. Altersjahres aufrechterhalten.
- 40.2 Nach Vollendung des 65. Altersjahres werden die versicherten Taggelder während maximal 180 Kalendertagen im Verlaufe von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausgerichtet. Unmittelbar vor Vollendung des 65. Altersjahres bezogene Taggelder werden angerechnet, soweit sie zusammen die maximale Leistungsdauer von Artikel 35 übersteigen.
- 40.3 Vereinbarte Wartefristen werden nach Vollendung des 65. Altersjahres auf maximal 30 Tage verkürzt.

#### D SCHLUSSBESTIMMUNGEN

##### 41 Verrechnung

- 41.1 Atupri kann allfällige Leistungen mit Forderungen gegenüber den versicherten Personen verrechnen.
- 41.2 Die versicherten Personen haben gegenüber Atupri kein Verrechnungsrecht.

##### 42 Schweigepflicht, Datenschutz

- 42.1 Die Angestellten von Atupri, die von Diagnosen, Gesundheitszustand, Leistungsanspruch und Leis-

tungsbezug sowie Einkommens- und Vermögensverhältnissen der versicherten Personen Kenntnis erhalten, unterstehen der gesetzlichen Schweigepflicht.

42.2 Die versicherten Personen sind nach Massgabe des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) vor missbräuchlicher Verwendung der über sie gespeicherten Daten geschützt.

#### 43 Rechtspflege

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

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

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

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

#### 44 Anwendung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

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



---

## INHALTSVERZEICHNIS

---

### **I Allgemeine Bestimmungen**

1	Grundsatz	9
2	Geltungsbereich	9

### **II Versicherungsverhältnis**

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

### **III Prämien und Kostenbeteiligung**

7	Prämien	10
8	Kostenbeteiligung	10

### **IV Rechte und Pflichten der TelFirst-Versicherten**

9	Beratung durch das Zentrum	10
10	Spezialfälle und Ausnahmen	10
11	Meldepflicht bei Unfällen	10
12	Dateneinsicht und -bearbeitung	10

### **V Verschiedene Bestimmungen**

13	Datenschutz	10
14	Datenaustausch	11
15	Beratung und Haftung	11

---

### **I Allgemeine Bestimmungen**

#### **1 Grundsatz**

- 1.1 Die TelFirst-Versicherung ist eine besondere Versicherungsform der Grundversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Sie basiert auf dem Prinzip, dass ein Telekonsultationszentrum (nachfolgend «Zentrum» genannt) eine erste medizinische Beratung vornimmt sowie Art und Dauer der Behandlung mit der versicherten Person vereinbart.
- 1.2 TelFirst-Versicherte erklären sich bereit, bei einem gesundheitlichen Problem vor der Vereinbarung eines Termins für die Behandlung bei einem Leistungserbringer mit dem Zentrum telefonisch Kontakt aufzunehmen bzw. durch Dritte aufnehmen zu lassen, sofern die vorliegenden Bestimmungen nichts anderes vorsehen. Sie tragen damit zu einer kostenbewussten medizinischen Versorgung bei.
- 1.3 Das Zentrum wird durch eine von Atupri unabhängige Gesellschaft betrieben, die Ärzte und medizinisches Personal beschäftigt, die rund um die Uhr für eine medizinische Beratung erreichbar sind.
- 1.4 Die aus TelFirst garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der Grundversicherung unter Berücksichtigung der einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug (Artikel 9 bis 12).

#### **2 Geltungsbereich**

- 2.1 Sofern in diesen Bestimmungen keine anders lautenden Regelungen enthalten sind, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) der Atupri.
- 2.2 Die einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug von TelFirst gelten, sofern mitversichert, auch für allfällige bei Atupri geführte Zusatzversiche-

rungen. Anwendbar sind die jeweiligen Ergänzenden Versicherungsbedingungen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

### **II Versicherungsverhältnis**

#### **3 Abschluss**

- 3.1 TelFirst können alle versicherten Personen abschliessen, welche die Grundversicherung bei Atupri führen bzw. führen wollen und ihren Wohnort in dem Gebiet haben, in dem Atupri diese Versicherungsform anbietet. Der Abschluss von TelFirst erfolgt grundsätzlich auf Beginn eines Kalenderjahres; bei einer Versicherung mit ordentlicher Franchise ist der Abschluss auch auf den Ersten des folgenden Monats möglich.
- 3.2 Hat die medizinische Beratung des Zentrums keinen oder nur geringen Einfluss auf die Behandlung bzw. ist die Inanspruchnahme einer Beratung während eines längeren Zeitraums gar nicht möglich, kann TelFirst nicht abgeschlossen werden. Artikel 6.2, Buchstaben b und d gelten hierbei sinngemäss.

#### **4 Kündigung**

- 4.1 Der Wechsel von TelFirst in eine andere Versicherungsform ist unter Beachtung der Kündigungsfristen gemäss Artikel 14.1 und 14.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.
- 4.2 Die Kündigung führt, sofern die versicherte Person keinen Wechsel des Versicherers verlangt, zum Übertritt in die Versicherungsform Standard.

## 5 Beendigung von TelFirst

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

## 6 Ausschluss und Aufhebung von TelFirst

- 6.1 Atupri ist berechtigt, TelFirst-Versicherte unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats von TelFirst auszuschliessen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist.
- 6.2 Der Ausschluss von TelFirst ist möglich:
  - a) Bei Verletzung der Pflichten für TelFirst-Versicherte gemäss Artikel 9 bis 11.
  - b) Bei Aufenthalt der TelFirst-Versicherten in einem Pflegeheim, der Pflegeabteilung eines Altersheims oder einer Abteilung für Chronischkranke eines Akutspitals.
  - c) Bei langdauerndem Aufenthalt von mehr als drei Monaten in einem Akutspital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik.
  - d) Bei Auslandsaufhalten der TelFirst-Versicherten von mehr als drei Monaten.
- 6.3 Der Ausschluss von TelFirst führt automatisch zum Wechsel in die Versicherungsform Standard. Es besteht in diesem Fall kein erneuter Anspruch auf Abschluss einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.
- 6.4 Falls die Zusammenarbeit zwischen Atupri und dem Zentrum beendet wird, erlischt die Versicherungsform TelFirst. Dies führt zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.
- 6.5 In Regionen, in denen im gleichen Einzugsgebiet CareMed, HMO bzw. FlexCare angeboten werden, können die TelFirst-Versicherten bei Aufhebung von TelFirst gemäss Artikel 6.4 innerhalb der Frist von 30 Tagen nach schriftlicher Aufforderung von Atupri auch in eine dieser Versicherungsformen wechseln. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von den TelFirst-Versicherten nicht ausgeübt, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

## III Prämien und Kostenbeteiligung

### 7 Prämien

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

### 8 Kostenbeteiligung

- 8.1 Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei den für die TelFirst-Versicherten erbrachten Leistungen sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen der Grundversicherung und den entsprechenden Versicherungsbedingungen von Atupri.
- 8.2 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen gemäss Artikel 18 bis 20 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) steht den TelFirst-Versicherten ebenfalls offen.

## IV Rechte und Pflichten der TelFirst-Versicherten

### 9 Beratung durch das Zentrum

- 9.1 TelFirst-Versicherte wenden sich vor der Vereinbarung eines Termins für die Behandlung beim Leistungserbringer immer zuerst telefonisch an das Zentrum. Dieses berät die Versicherten medizinisch und vereinbart mit ihnen den optimalen Behandlungspfad und das Zeitfenster, in dem die Konsultation bei einem Leistungserbringer nach Wahl erfolgen soll. Erfolgt vom behandelnden Arzt ein Aufgebot zur Nachkontrolle oder eine Überweisung an einen anderen Arzt, ins Spital oder ins Pflegeheim, ist nochmals eine telefonische Rücksprache mit dem Zentrum erforderlich. Bei wiederholtem Unterlassen dieser Kontaktaufnahmen liegt eine Pflichtverletzung gemäss Artikel 6.2 vor, welches die dort erwähnten Massnahmen nach sich ziehen kann.
- 9.2 Atupri ist berechtigt, dem Zentrum eine Liste mit bevorzugten Leistungserbringern – gemäss Anhang HMO bzw. einen CareMed-Arzt gemäss Anhang CareMed – zu übergeben, aus der das Zentrum den TelFirst-Versicherten einen Leistungserbringer empfehlen kann.
- 9.3 Bei medizinischen Hilfspersonen wie namentlich Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, die im Auftrag des Arztes Leistungen erbringen, ist keine vorherige Kontaktaufnahme mit dem Zentrum notwendig.

### 10 Spezialfälle und Ausnahmen

- 10.1 Notfallbehandlungen sind im Rahmen der Versicherungsform Standard versichert und dem Zentrum baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden.
- 10.2 Für die jeweils erste gynäkologische oder augenärztliche Vorsorgeuntersuchung pro Kalenderjahr ist kein vorheriger Kontakt mit dem Zentrum erforderlich.
- 10.3 Beim Eintritt in ein Spital ist mit dem Zentrum vorgängig Kontakt aufzunehmen. Der Austritt aus einem Spital ist dem Zentrum baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden.

### 11 Meldepflicht bei Unfällen

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

### 12 Dateneinsicht und -bearbeitung

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

## V Verschiedene Bestimmungen

### 13 Datenschutz

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

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

#### 14 Datenaustausch

- 14.1 Zur Identifikation der versicherten Personen erhält die Gesellschaft vom Versicherer den Zugriff auf die aktualisierten Personendaten der Versicherten. Diese Daten umfassen die Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht und Adresse sowie die entsprechende Versicherungsdeckung. Zur Beurteilung kann der Versicherer die Rechnungen von Leistungserbringern der Versicherten dem Zentrum zur Verfügung stellen.
- 14.2 Das Zentrum stellt dem Versicherer die zur Leistungsfestsetzung notwendigen Daten wie namentlich Datum des Anrufs und Zeitfenster für die Konsultation beim Leistungserbringer zur Verfügung. Es werden dabei keine medizinischen und sonstigen gemäss DSGVO besonders schützenswerten Personendaten weitergegeben. Zudem untersteht das Zentrum der Schweigepflicht von Artikel 33 ATSG.
- 14.3 Mit dem Beitritt zur Versicherungsform TelFirst erklärt sich die versicherte Person mit dieser Übermittlung der administrativ notwendigen Daten einverstanden.

#### 15 Beratung und Haftung

- 15.1 Die vom Zentrum erteilte Beratung ist für TelFirst-Versicherte kostenlos; sie bezahlen lediglich den für ihren Anruf angewendeten Gebührentarif ihres Telekommunikationsanbieters. Die Telefongespräche werden vom Zentrum aufgezeichnet und archiviert.
- 15.2 Die Haftung für telefonisch erteilte Beratungen und Informationen liegt ausschliesslich beim Zentrum.

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>I Allgemeine Bestimmungen</b>		<b>IV Rechte und Pflichten der HMO-Versicherten</b>	
1 Grundsatz	12	9 Betreuung und Versorgung durch den koordinierenden Arzt	13
2 Geltungsbereich	12	10 Notfallbehandlungen	14
<b>II Versicherungsverhältnis</b>		11 Behandlungen beim Spezialarzt	14
3 Abschluss	12	12 Frauenärztliche Betreuung / Behandlung	14
4 Kündigung	13	13 Einweisung in ein Spital	14
5 Neue Arztwahl oder Beendigung der Versicherungsform	13	14 Bade- und Erholungskuren	14
6 Ausschluss und Aufhebung der Versicherungsform HMO	13	15 Meldepflicht bei Unfällen	14
<b>III Prämien und Kostenbeteiligung</b>		16 Wechsel des koordinierenden Arztes	14
7 Prämien	13	<b>V Verschiedene Bestimmungen</b>	
8 Kostenbeteiligung	13	17 Datenschutz	14
		18 Akteneinsichtsrecht	

### I Allgemeine Bestimmungen

#### 1 Grundsatz

- 1.1 Die HMO-Versicherung ist eine besondere Versicherungsform der Grundversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.
- 1.2 Die medizinische Grundversorgung im Sinne einer ganzheitlichen, koordinierten Betreuung, Beratung und Behandlung wird dabei vom gewählten Arzt eines Ärztenetzwerks oder vom Arzt einer HMO-Gruppenpraxis erbracht (nachfolgend «koordinierender Arzt» genannt).
- 1.3 HMO-Versicherte erklären sich bereit, grundsätzlich Behandlungen und Untersuchungen durch den gewählten koordinierenden Arzt durchführen oder sich durch diesen an andere Leistungserbringer überweisen zu lassen. Sie tragen damit zu einer kostenbewussten medizinischen Versorgung bei.
- 1.4 Grundlage dieser Leistungen bildet ein Zusammenarbeitsvertrag zwischen Atupri und dem Ärztenetzwerk bzw. der HMO-Gruppenpraxis, in dem die Finanzierung mittels Kopfpauschalen (Capitation) oder Budgetmitverantwortung vereinbart wird. Atupri kann Abschluss und Pflege solcher Verträge einem Dritten (z.B. einer hierfür spezialisierten Betriebsorganisation) übertragen.
- 1.5 Die aus der Versicherungsform HMO garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der Grundversicherung unter Berücksichtigung der einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug (Artikel 9 bis 16).
- 1.6 Das HMO-Angebot ist von der Bereitschaft der Ärzte zur Mitwirkung gemäss Artikel 1.4 und deren Aufnahmekapazität für neue Patienten abhängig.

Ein Anspruch der antragstellenden Person auf ein solches Angebot und damit auf den Abschluss der HMO-Versicherung besteht nicht.

#### 2 Geltungsbereich

- 2.1 Sofern in diesen Bestimmungen keine anders lautenden Regelungen enthalten sind, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) der Atupri.
- 2.2 Die einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug zur Versicherungsform HMO gelten, sofern mitversichert, auch für allfällige bei Atupri geführte Zusatzversicherungen. Anwendbar sind die jeweiligen Ergänzenden Versicherungsbedingungen der Zusatzversicherungen.

### II Versicherungsverhältnis

#### 3 Abschluss

- 3.1 Die Versicherungsform HMO können alle versicherten Personen abschliessen, welche die Grundversicherung bei Atupri führen bzw. führen wollen und ihren Wohnort in dem Gebiet haben, in dem Atupri diese Versicherungsform anbietet. Der Abschluss von HMO erfolgt grundsätzlich auf Beginn eines Kalenderjahres; bei einer Versicherung mit ordentlicher Franchise ist der Abschluss auch auf den Ersten des folgenden Monats möglich.
- 3.2 Die HMO-Versicherten wählen, sofern eine Wahlmöglichkeit besteht, beim Abschluss der Versicherungsform HMO ihren koordinierenden Arzt aus. Sie stellen dabei sicher, dass der gewählte Arzt die Aufnahme neuer Patienten aus Kapazitätsgründen

nicht abgelehnt hat. Ein späterer Wechsel zu einem anderen koordinierenden Arzt ist gemäss Artikel 16 möglich.

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

#### 4 Kündigung

- 4.1 Der Wechsel von HMO in eine andere Versicherungsform ist unter Beachtung der Kündigungsfristen gemäss Artikel 14.1 und 14.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) auf das Ende eines Kalenderjahres mittels Kündigung möglich.
- 4.2 Die Kündigung führt, sofern die versicherte Person keinen Wechsel des Versicherers verlangt, zum Übertritt in die Versicherungsform Standard.

#### 5 Neue Arztwahl oder Beendigung der Versicherungsform

- 5.1 Bei einem Wegzug aus dem HMO-Einzugsgebiet erfolgt der Austritt aus der Versicherungsform HMO und der Wechsel in die Versicherungsform Standard auf den ersten des folgenden Monats.
- 5.2 Wenn der gewählte koordinierende Arzt das Vertragsverhältnis mit den HMO-Versicherten als Patientinnen und Patienten auflöst oder aus dem HMO-Versorgungssystem ausscheidet, können diese innerhalb einer Frist von 30 Tagen nach schriftlicher Aufforderung von Atupri einen neuen koordinierenden Arzt als Hausarzt bezeichnen oder in die Versicherungsform Standard wechseln. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von den HMO-Versicherten nicht ausgeübt, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard. Bei Wechsel des CareMed-Arztes in ein HMO-Versorgungssystem gilt Artikel 6.6.
- 5.3 Anstelle des Wechsels in die Versicherungsform Standard ist der Wechsel in die Versicherungsform CareMed, TelFirst bzw. FlexCare möglich, soweit diese für die versicherte Person angeboten und von ihr gewünscht wird.

#### 6 Ausschluss und Aufhebung der Versicherungsform HMO

- 6.1 Atupri ist berechtigt, HMO-Versicherte unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats aus der Versicherungsform HMO auszuschliessen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist.
- 6.2 Der Ausschluss aus der Versicherungsform HMO ist möglich:
- a) Bei Verletzung der Pflichten für HMO-Versicherte gemäss Artikel 9 bis 15.
  - b) Bei Aufenthalt der HMO-Versicherten in einem Pflegeheim, der Pflegeabteilung eines Altersheims

oder einer Abteilung für Chronischkranke eines Akutspitals.

- c) Bei langdauerndem Aufenthalt von mehr als drei Monaten in einem Akutspital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik.
  - d) Bei Auslandsaufenthalten der HMO-Versicherten von mehr als drei Monaten.
  - e) In allen anderen Fällen, bei denen der koordinierende Arzt keinen oder nur ungenügenden Einfluss auf die Behandlung nehmen kann.
  - f) Bei wiederholtem, unbegründetem Wechsel des koordinierenden Arztes (Artikel 16.2).
- 6.3 Der Ausschluss aus der Versicherungsform HMO führt automatisch zum Wechsel in die Versicherungsform Standard. Es besteht in diesem Fall kein erneuter Anspruch auf Abschluss einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.
- 6.4 Wenn die Versicherungsform HMO aufgehoben wird, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.
- 6.5 In Regionen, in denen im gleichen Einzugsgebiet die Versicherungsformen CareMed, TelFirst bzw. FlexCare angeboten werden, können die HMO-Versicherten bei Aufhebung der Versicherungsform HMO gemäss Artikel 6.4, innerhalb der Frist von 30 Tagen nach schriftlicher Aufforderung der Atupri, auch in eine dieser Versicherungsformen wechseln. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von den HMO-Versicherten nicht ausgeübt, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

### III Prämien und Kostenbeteiligung

#### 7 Prämien

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

#### 8 Kostenbeteiligung

- 8.1 Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei den für die HMO-Versicherten erbrachten Leistungen sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen der Grundversicherung und den entsprechenden Versicherungsbedingungen von Atupri.
- 8.2 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen gemäss Artikel 18 bis 20 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) steht den HMO-Versicherten ebenfalls offen.

### IV Rechte und Pflichten der HMO-Versicherten

#### 9 Betreuung und Versorgung durch den koordinierenden Arzt

- 9.1 HMO-Versicherte wenden sich für alle Behandlungen immer zuerst an ihren koordinierenden Arzt oder dessen Stellvertreter, ausgenommen bei Notfällen gemäss Artikel 10.
- 9.2 Ausnahmen von dieser Einschränkung sind:  
– gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und geburtshilfliche Betreuung gemäss Artikel 12

- eine jährliche Untersuchung beim Augenarzt für die Verschreibung von Brillen oder Kontaktlinsen
- zahnärztliche Behandlungen

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

- 9.3 Ist der koordinierende Arzt abwesend, wenden sich die HMO-Versicherten an dessen Stellvertreter. Ist der koordinierende Arzt abwesend, wenden sich die HMO-Versicherten an dessen Stellvertreter. Bei längerer Abwesenheit des koordinierenden Arztes können die HMO-Versicherten wählen, ob sie für die Dauer der Abwesenheit einen anderen koordinierenden Arzt beanspruchen oder in die Versicherungsform Standard wechseln.
- 9.4 Beanspruchen HMO-Versicherte ausserhalb einer Notfallsituation direkt ambulante oder stationäre Behandlungen ohne vorherige Anweisung durch ihren koordinierenden Arzt, tragen sie sämtliche damit verbundenen Kosten selber.
- 9.5 HMO-Versicherte haben den Leistungserbringer, den sie ausserhalb des Ärztenetzwerks bzw. der HMO-Gruppenpraxis aufsuchen, darüber zu informieren, dass sie die HMO-Versicherung abgeschlossen haben.

## 10 Notfallbehandlungen

- 10.1 In einer Notfallsituation gelangen die HMO-Versicherten an ihren koordinierenden Arzt. Falls dieser nicht erreichbar sein sollte, wahlweise an dessen Stellvertreter oder die regionale Notfallorganisation am Wohnort, gegebenenfalls am Aufenthaltsort.
- 10.2 Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitaleinweisung oder eine Behandlung beim Notfallarzt nötig, sind die HMO-Versicherten verpflichtet, zum nächstmöglichen Zeitpunkt den koordinierenden Arzt zu orientieren oder orientieren zu lassen und ihm eine Bescheinigung des Notfallarztes vorzulegen.

## 11 Behandlungen beim Spezialarzt

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

## 12 Frauenärztliche Betreuung/Behandlung

- 12.1 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und geburtshilfliche Betreuung können nach freier Wahl der HMO-Versicherten erfolgen, sofern der koordinierende Arzt nicht einer HMO-Gruppenpraxis angeschlossen ist, die eine Frauenärztin beschäftigt.
- 12.2 Bei allen weiteren gynäkologischen Behandlungen ist die HMO-Versicherte verpflichtet, ihren koordinierenden Arzt hierüber im Voraus zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen.

## 13 Einweisung in ein Spital

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

## 14 Bade- und Erholungskuren

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

## 15 Meldepflicht bei Unfällen

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

## 16 Wechsel des koordinierenden Arztes

- 16.1 HMO-Versicherte können ihren koordinierenden Arzt bei Bedarf in begründeten Fällen auf den Ersten des folgenden Monats wechseln. Sie teilen dies Atupri und ihrem bisherigen koordinierenden Arzt mit.
- 16.2 Bei wiederholtem, unbegründetem Arztwechsel behält sich Atupri das Recht vor, die HMO-Versicherten unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats aus der Versicherungsform HMO auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

## V Verschiedene Bestimmungen

### 17 Datenschutz

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

### 18 Akteneinsichtsrecht

Mit dem Abschluss der Versicherungsform HMO erklären sich die HMO-Versicherten einverstanden, ihrem koordinierenden Arzt Einsicht in sämtliche Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren. Beim Wechsel zu einem anderen koordinierenden Arzt stimmen sie der Weitergabe der Informationen an diesen zu und entbinden ihn vom Berufsgeheimnis.



---

## INHALTSVERZEICHNIS

---

<b>I</b>	<b>Allgemeine Bestimmungen</b>		<b>IV</b>	<b>Rechte und Pflichten der CareMed-Versicherten</b>	
1	Grundsatz	15	9	Betreuung / Versorgung durch den CareMed-Arzt	16
2	Geltungsbereich	15	10	Notfallbehandlungen	17
<b>II</b>	<b>Versicherungsverhältnis</b>		11	Behandlungen beim Spezialarzt	17
3	Abschluss	15	12	Frauenärztliche Betreuung / Behandlung	17
4	Kündigung	16	13	Einweisung in ein Spital	17
5	Neue Arztwahl oder Beendigung von CareMed	16	14	Bade- und Erholungskuren	17
6	Ausschluss und Aufhebung von CareMed	16	15	Meldepflicht bei Unfällen	17
<b>III</b>	<b>Prämien und Kostenbeteiligung</b>		16	Wechsel des CareMed-Arzttes	17
7	Prämien	16	<b>V</b>	<b>Verschiedene Bestimmungen</b>	
8	Kostenbeteiligung	16	17	Datenschutz	17
			18	Akteneinsichtsrecht	17

---

### **I Allgemeine Bestimmungen**

#### **1 Grundsatz**

- 1.1 Die CareMed-Versicherung ist eine besondere Versicherungsform der Grundversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Sie basiert auf dem Hausarztprinzip, indem der von den CareMed-Versicherten gewählte Hausarzt in allen Gesundheitsfragen die umfassende Betreuung und Beratung der CareMed-Versicherten sicherstellt.
- 1.2 CareMed-Versicherte erklären sich bereit, grundsätzlich Behandlungen und Untersuchungen durch den bezeichneten CareMed-Arzt durchführen oder sich durch diesen an andere Leistungserbringer überweisen zu lassen. Sie tragen damit zu einer kostenbewussten medizinischen Versorgung bei.
- 1.3 Grundlage dieser Leistungen bilden Rahmenvereinbarungen zwischen Atupri und Ärzteorganisationen, in denen die beiderseitigen Rechte und Pflichten sowie allfällige Finanzierungsarten festgehalten sind. Atupri kann Abschluss und Pflege solcher Vereinbarungen einem Dritten (z.B. einer hierfür spezialisierten Betriebsorganisation) übertragen.
- 1.4 Die aus CareMed garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der Grundversicherung unter Berücksichtigung der einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug (Artikel 9 bis 16).
- 1.5 Das CareMed-Angebot ist von der Bereitschaft der Ärzte zur Mitwirkung gemäss Artikel 1.3 und deren Aufnahmekapazität für neue Patienten abhängig. Ein Anspruch der antragstellenden Person auf ein solches Angebot und damit auf den Abschluss der CareMed-Versicherung besteht nicht.

#### **2 Geltungsbereich**

- 2.1 Sofern in diesen Bestimmungen keine anders lautenden Regelungen enthalten sind, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) der Atupri.
- 2.2 Die einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug zu CareMed gelten, sofern mitversichert, auch für allfällige bei Atupri geführte Zusatzversicherungen. Anwendbar sind die jeweiligen Ergänzenden Versicherungsbedingungen der Zusatzversicherungen.

### **II Versicherungsverhältnis**

#### **3 Abschluss**

- 3.1 CareMed können alle versicherten Personen abschliessen, welche die Grundversicherung bei Atupri führen bzw. führen wollen und ihren Wohnort in dem Gebiet haben, in dem Atupri diese Versicherungsform anbietet. Der Abschluss von CareMed erfolgt grundsätzlich auf Beginn eines Kalenderjahres; bei einer Versicherung mit ordentlicher Franchise ist der Abschluss auch auf den Ersten des folgenden Monats möglich.
- 3.2 Die CareMed-Versicherten wählen beim Abschluss von CareMed einen der regional angeschlossenen CareMed-Ärzte als ihren Hausarzt aus. Sie stellen dabei sicher, dass der gewählte Arzt die Aufnahme neuer Patienten aus Kapazitätsgründen nicht abgelehnt hat. Ein späterer Wechsel des Hausarztes innerhalb der angeschlossenen CareMed-Ärzte ist möglich (Artikel 16).
- 3.3 In folgenden Fällen ist der Abschluss von CareMed nicht möglich:

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

#### 4 Kündigung

- 4.1 Der Wechsel von CareMed in eine andere Versicherungsform ist unter Beachtung der Kündigungsfristen gemäss Artikel 14.1 und 14.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) auf das Ende eines Kalenderjahres mittels Kündigung möglich.
- 4.2 Die Kündigung führt, sofern die versicherte Person keinen Wechsel des Versicherers verlangt, zum Übertritt in die Versicherungsform Standard.

#### 5 Neue Arztwahl oder Beendigung von CareMed

- 5.1 Bei einem Wegzug aus dem CareMed-Einzugsgebiet erfolgt der Austritt aus CareMed und der Wechsel in die Versicherungsform Standard auf den ersten des folgenden Monats.
- 5.2 Wenn der bezeichnete CareMed-Arzt das Vertragsverhältnis mit den CareMed-Versicherten als Patientinnen und Patienten auflöst oder aus dem CareMed-Versorgungssystem ausscheidet, können diese innerhalb einer Frist von 30 Tagen nach schriftlicher Aufforderung von Atupri einen neuen CareMed-Arzt als Hausarzt bezeichnen oder in die Versicherungsform Standard wechseln. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von den CareMed-Versicherten nicht ausgeübt, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard. Bei Wechsel des CareMed-Arztes in ein HMO-Versorgungssystem gilt Artikel 6.6.
- 5.3 Anstelle des Wechsels in die Versicherungsform Standard ist der Wechsel in die Versicherungsform CareMed, TelFirst bzw. FlexCare möglich, soweit diese für die versicherte Person angeboten und von ihr gewünscht wird.

#### 6 Ausschluss und Aufhebung von CareMed

- 6.1 Atupri ist berechtigt, CareMed-Versicherte unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats aus CareMed auszuschliessen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist.
- 6.2 Der Ausschluss aus CareMed ist möglich:
  - a) Bei Verletzung der Pflichten für CareMed-Versicherte gemäss Artikel 9 bis 15.
  - b) Bei Aufenthalt der CareMed-Versicherten in einem Pflegeheim, der Pflegeabteilung eines Altersheims oder einer Abteilung für chronisch Kranke eines Akutspitals.
  - c) Bei langdauerndem Aufenthalt von mehr als drei Monaten in einem Akutspital, einer psychiatrischen Klinik oder einer Rehabilitationsklinik.
  - d) Bei Auslandsaufenthalten der CareMed-Versicherten von mehr als drei Monaten.

- e) In allen anderen Fällen, bei denen der CareMed-Arzt keinen oder nur geringen Einfluss auf die Behandlung nehmen kann.
- f) Bei wiederholtem, unbegründetem Wechsel des CareMed-Arztes (Artikel 16.2).

- 6.3 Der Ausschluss von CareMed führt zum Wechsel in die Versicherungsform Standard. Es besteht in diesem Fall kein erneuter Anspruch auf Abschluss einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.
- 6.4 Wenn CareMed aufgehoben wird, führt dies automatisch zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.
- 6.5 In Regionen, in denen im gleichen Einzugsgebiet die HMO, TelFirst bzw. FlexCare angeboten werden, können die CareMed-Versicherten bei Aufhebung von CareMed gemäss Artikel 6.4 innerhalb der Frist von 30 Tagen nach schriftlicher Aufforderung von Atupri auch in eine dieser beiden Versicherungsformen wechseln. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von den CareMed-Versicherten nicht ausgeübt, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.
- 6.6 Bei Zuteilung des gewählten CareMed-Arztes in die Versicherungsform HMO aufgrund neuer vertraglicher Vereinbarungen erfolgt der Wechsel der angeschlossenen Versicherten in die Versicherungsform HMO automatisch, sofern ein Prämienrabatt mindestens im bisherigen Umfang gewährt wird. Die betroffenen Versicherten haben das Recht, innert 30 Tagen nach erfolgter Umteilung den Wechsel in die Versicherungsform Standard, TelFirst oder FlexCare zu verlangen oder in der CareMed einen anderen Hausarzt als CareMed-Arzt zu bezeichnen.

### III Prämien und Kostenbeteiligung

#### 7 Prämien

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

#### 8 Kostenbeteiligung

- 8.1 Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei den für die CareMed-Versicherten erbrachten Leistungen sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen der Grundversicherung und den entsprechenden Versicherungsbedingungen von Atupri.
- 8.2 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen gemäss Artikel 18 bis 20 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) steht den CareMed-Versicherten ebenfalls offen.

### IV Rechte und Pflichten der CareMed-Versicherten

#### 9 Betreuung / Versorgung durch den CareMed-Arzt

- 9.1 CareMed-Versicherte wenden sich für alle Behandlungen immer zuerst an ihren CareMed-Arzt, ausgenommen bei Notfällen gemäss Artikel 10.
- 9.2 Ausnahmen von dieser Einschränkung sind:

- gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und geburtshilfliche Betreuung
  - eine jährliche Untersuchung beim Augenarzt für die Verschreibung von Brillen oder Kontaktlinsen
  - zahnärztliche Behandlungen
- Der CareMed-Arzt sorgt bei Bedarf für die adäquate Behandlung und Betreuung durch weitere Ärzte, medizinische Hilfspersonen oder im Spital.

- 9.3 Ist der CareMed-Arzt abwesend, wenden sich die CareMed-Versicherten an dessen Stellvertreter. Bei längerer Abwesenheit des als Hausarzt bezeichneten CareMed-Arztes können die CareMed-Versicherten wählen, ob sie für die Dauer der Abwesenheit einen anderen regionalen CareMed-Arzt als Hausarzt beanspruchen oder in die Versicherung Obligatorische Krankenpflege wechseln.
- 9.4 Beanspruchen CareMed-Versicherte ausserhalb einer Notfallsituation direkt ambulante oder stationäre Behandlungen ohne vorherige Anweisung durch ihren CareMed-Arzt, tragen sie sämtliche damit verbundenen Kosten selber.
- 9.5 CareMed-Versicherte haben den Leistungserbringer, den sie ausserhalb des CareMed-Hausarztsystems aufsuchen, darüber zu informieren, dass sie die CareMed-Versicherung abgeschlossen haben.

## 10 Notfallbehandlungen

- 10.1 In einer Notfallsituation gelangen die CareMed-Versicherten an ihren CareMed-Arzt. Falls dieser nicht erreichbar sein sollte, wahlweise an dessen Stellvertreter oder die regionale Notfallorganisation am Wohnort, gegebenenfalls am Aufenthaltsort.
- 10.2 Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitaleinweisung oder eine Behandlung beim Notfallarzt nötig, sind die CareMed-Versicherten verpflichtet, zum nächstmöglichen Zeitpunkt ihren CareMed-Arzt zu orientieren oder orientieren zu lassen und ihm eine Bescheinigung des Notfallarztes vorzulegen.

## 11 Behandlungen beim Spezialarzt

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

## 12 Frauenärztliche Betreuung/ Behandlung

- 12.1 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und geburtshilfliche Betreuung können nach freier Wahl der CareMed-Versicherten erfolgen.
- 12.2 Bei allen weiteren Behandlungen ist die CareMed-Versicherte verpflichtet, ihren CareMed-Arzt darüber im Voraus zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen.

## 13 Einweisung in ein Spital

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

## 14 Bade- und Erholungskuren

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

## 15 Meldepflicht bei Unfällen

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

## 16 Wechsel des CareMed-Arztes

- 16.1 CareMed-Versicherte können ihren CareMed-Arzt bei Bedarf in begründeten Fällen auf den Ersten des folgenden Monats wechseln. Sie teilen dies Atupri und ihrem bisherigen CareMed-Arzt mit.
- 16.2 Bei wiederholtem, unbegründetem Arztwechsel behält sich Atupri das Recht vor, die CareMed-Versicherten unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats aus CareMed auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

## V Verschiedene Bestimmungen

### 17 Datenschutz

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

### 18 Akteneinsichtsrecht

Mit dem Abschluss von CareMed erklären sich die CareMed-Versicherten einverstanden, ihrem CareMed-Arzt Einsicht in die notwendigen Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren. Beim Wechsel zu einem anderen CareMed-Arzt stimmen sie der Weitergabe der Informationen an diesen zu und entbinden ihn vom Berufsgeheimnis.

---

## INHALTSVERZEICHNIS

---

<b>I</b>	<b>Allgemeine Bestimmungen</b>		<b>IV</b>	<b>Rechte und Pflichten der FlexCare-Versicherten</b>	
1	Grundsatz	18	10	Beratung und Behandlung durch das Zentrum	19
2	Geltungsbereich	18	11	Spezialfälle und Ausnahmen	20
			12	Meldepflicht bei Unfällen	20
<b>II</b>	<b>Versicherungsverhältnis</b>		13	Dateneinsicht und -bearbeitung	20
3	Abschluss	18	<b>V</b>	<b>Verschiedene Bestimmungen</b>	
4	Kündigung	19	14	Datenschutz	20
5	Beendigung von FlexCare	19	15	Datenaustausch	20
6	Ausschluss von FlexCare	19	16	Beratung und Haftung	20
7	Aufhebung von FlexCare	19			
<b>III</b>	<b>Prämien und Kostenbeteiligungen</b>				
8	Prämien	19			
9	Kostenbeteiligungen	19			

---

### **I Allgemeine Bestimmungen**

#### **1 Grundsatz**

- 1.1 Die FlexCare-Versicherung ist eine besondere Versicherungsform der Grundversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Sie basiert auf dem Prinzip, dass eine erste medizinische Beratung bzw. Behandlung vorgenommen und, soweit notwendig, ein Behandlungsplan mit der versicherten Person vereinbart wird.
- 1.2 Die Beratungen erfolgen grundsätzlich per Telefon durch ein Telekonsultationszentrum oder direkt persönlich in Gesundheitszentren (beide nachfolgend «Zentrum» genannt).
- 1.3 FlexCare-Versicherte erklären sich bereit, bei jedem medizinischen Anliegen eine ärztliche Beratung durch das Zentrum in Anspruch zu nehmen. Das Zentrum bespricht mit dem FlexCare-Versicherten den weiteren Behandlungspfad und legt einen individuellen Behandlungsplan fest. Dieser ist für die Versicherten verbindlich. Die FlexCare-Versicherten tragen damit zu einer kostenbewussten medizinischen Versorgung bei.
- 1.4 Das Zentrum wird durch eine von Atupri unabhängige Gesellschaft betrieben, welche Ärzte und paramedizinisches Personal beschäftigt. Telefonisch sind diese zeitlich unbeschränkt für eine medizinische Beratung erreichbar.
- 1.5 Die Auswahl der für den Behandlungsplan erforderlichen Fachärzte beschränkt sich auf das durch die Gesellschaft vertraglich festgelegte Partnernetzwerk, soweit nicht aus medizinischen Gründen der Einbezug von Ärzten ausserhalb dieses Netzwerkes notwendig ist.

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

#### **2 Geltungsbereich**

- 2.1 Sofern in diesen Bestimmungen keine anders lautenden Regelungen enthalten sind, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) der Atupri.
- 2.2 Die einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug von FlexCare gelten, sofern mitversichert, auch für allfällige bei Atupri geführte Zusatzversicherungen. Anwendbar sind die jeweiligen Ergänzenden Versicherungsbedingungen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG).
- 2.3 Atupri legt die Gebiete fest, in denen die Versicherungsform FlexCare angeboten wird. Diese Gebiete werden durch die Prämienregionen gemäss Artikel 61 Absatz 2 KVG definiert und im Prämientarif näher eingeschränkt.

### **II Versicherungsverhältnis**

#### **3 Abschluss**

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

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

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

#### 4 Kündigung

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

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

#### 5 Beendigung von FlexCare

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

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

5.3 Anstelle des Wechsels in die Versicherungsform Standard ist der Wechsel in die Versicherungsform TelFirst bzw. CareMed oder HMO möglich, soweit diese für die versicherte Person angeboten und von ihr gewünscht wird.

#### 6 Ausschluss von FlexCare

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

6.2 Der Ausschluss von FlexCare ist möglich:

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

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

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

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

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

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

#### 7 Aufhebung von FlexCare

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

7.2 In Regionen, in denen im gleichen Einzugsgebiet TelFirst bzw. CareMed oder HMO angeboten werden, können die FlexCare-Versicherten bei Aufhebung von FlexCare gemäss Artikel 7.1 innerhalb der Frist von 30 Tagen seit schriftlicher Aufforderung von Atupri stattdessen auch in eine dieser Versicherungsformen wechseln. Wird das Wahlrecht innert dieser Frist von FlexCare-Versicherten nicht ausgeübt, führt dies zum Wechsel in die Versicherungsform Standard.

### III Prämien und Kostenbeteiligungen

#### 8 Prämien

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

#### 9 Kostenbeteiligungen

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

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

### IV Rechte und Pflichten der FlexCare-Versicherten

#### 10 Beratung und Behandlung durch das Zentrum

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

- 10.2 Der Behandlungsplan ist für FlexCare-Versicherte insofern verbindlich als sie sich verpflichten, nur die festgelegten Leistungserbringer innerhalb der definierten Behandlungsdauer aufzusuchen.
- 10.3 Allfällige Vereinbarungen und Überweisungen zwischen bisherigen Leistungserbringern und der versicherten Person, die vor einem Übertritt in die Versicherungsform FlexCare getroffen wurden, haben keine Gültigkeit und bleiben unberücksichtigt.
- 10.4 Wird im Laufe der Behandlung eine Anpassung des Behandlungsplanes bezüglich Dauer und/oder Leistungserbringer notwendig, hat dies der FlexCare-Versicherte vorgängig mit dem Zentrum abzusprechen.
- 10.5 Weiterweisungen ausserhalb des festgelegten Behandlungsplans sind vorgängig mit dem Zentrum abzusprechen und erfordern dessen Zustimmung.
- 10.6 Bei medizinischen Hilfspersonen wie namentlich Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, die im Auftrag vom Arzt Leistungen erbringen, ist keine vorherige Kontaktaufnahme mit dem Zentrum notwendig. Bedingung ist jedoch, dass die Überweisung an die medizinische Hilfsperson durch einen Arzt im Rahmen des vereinbarten Behandlungsplans und dessen Geltungsdauer erfolgt ist.

## 11 Spezialfälle und Ausnahmen

- 11.1 Notfallbehandlungen sind im Rahmen der Versicherungsform Standard versichert und dem Zentrum baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, nachzumelden.
- 11.2 Für die jeweils erste gynäkologische oder augenärztliche Vorsorgeuntersuchung pro Kalenderjahr ist kein vorheriger Kontakt mit dem Zentrum erforderlich.
- 11.3 Der Eintritt in ein Spital oder Pflegeheim ist mit dem Zentrum vorgängig abzusprechen und erfordert die Zustimmung des Zentrums. Der Austritt aus einem Spital oder Pflegeheim ist dem Zentrum baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, nachzumelden.

## 12 Meldepflicht bei Unfällen

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

## 13 Dateneinsicht und -bearbeitung

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

## V Verschiedene Bestimmungen

### 14 Datenschutz

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

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

### 15 Datenaustausch

- 15.1 Zur Identifikation der versicherten Personen erhält die Gesellschaft vom Versicherer den Zugriff auf die aktualisierten Personendaten der Versicherten. Diese Daten umfassen die Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht und Adresse sowie die entsprechende Versicherungsdeckung. Die Gesellschaft, die das Zentrum betreibt, besitzt im Weiteren ein Einsichtsrecht in sämtliche eingegangenen Rechnungen, um diese im Rahmen der Versicherungsform FlexCare auszuwerten. Zur Beurteilung wird der Versicherer den Versicherten betreffende Rechnungen von Leistungserbringern dem Zentrum zur Verfügung stellen.
- 15.2 Das Zentrum stellt dem Versicherer die zur Leistungsfestsetzung notwendigen Daten wie namentlich Datum des Anrufs sowie Beginndatum und Dauer des Behandlungsplans für die Konsultation beim Leistungserbringer zur Verfügung. Es werden dabei keine medizinischen und sonstigen gemäss DSG besonders schützenswerten Personendaten weitergegeben. Zudem untersteht das Zentrum der Schweigepflicht von Artikel 33 ATSG.

### 16 Beratung und Haftung

- 16.1 Die durch das Zentrum erfolgte telefonische Beratung ist für FlexCare-Versicherte kostenlos; sie bezahlen lediglich den für ihren Anruf angewandten Gebührentarif des entsprechenden Telekommunikationsanbieters. Die Telefongespräche werden vom Zentrum aufgezeichnet und archiviert.
- 16.2 Die Haftung für telefonisch erteilte Beratungen und Informationen liegt ausschliesslich beim Zentrum.



**INHALTSVERZEICHNIS**

<b>I Allgemeines</b>	Seite	<b>V Pflichten und Anspruchsbegründung</b>	Seite
1 Grundlagen	21	25 Auskunftspflicht und Datenschutz	24
2 Gegenstand der Versicherungen	21	25a Pflicht zur ärztlichen Behandlung	24
3 Örtlicher Geltungsbereich	22	26 Meldepflicht bei ambulanter Behandlung	24
<b>II Begriffsbestimmungen</b>		27 Meldepflicht bei stationärer Behandlung	25
4 Männliche / weibliche Form	22	28 Meldepflicht bei Kuren	25
5 Krankheit / Mutterschaft	22	29 Anspruchsbegründung	25
6 Unfall	22	30 Meldepflicht bei Wohnsitzwechsel	25
7 Leistungserbringer	22	<b>VI Einschränkungen des Versicherungsschutzes</b>	
8 Versicherungsperiode	22	31 Ausschlüsse	25
<b>III Versicherungsverhältnis</b>		32 Kürzungen	25
9 Versicherte Personen	22	33 Grobfahrlässigkeit	25
10 Versicherungsantrag	22	34 Mehrfachversicherung	25
11 Versicherungsabschluss	22	35 Ausrichtung der Leistungen	25
12 Beginn des Versicherungsschutzes	22	<b>VII Verschiedenes</b>	
13 Vertragsdauer	22	36 Erfüllungsort und Gerichtsstand	26
14 Ablösung eines Versicherungsvertrags	22	37 Mitteilungen	26
15 Ende der Versicherungen	23	38 Tarife der Leistungserbringer	26
15a Sistierung der Versicherungsdeckung	23	39 Leistungsanpassung	26
16 Kündigung	23	40 Übertrittsrecht in die Einzelversicherung	26
17 Rücktritt	23	41 Verrechnung	26
18 Erlöschen des Leistungsanspruchs	23	42 Besondere Vereinbarungen	26
<b>IV Prämien</b>		43 Abtretung	26
19 Prämientarif	23		
20 Fälligkeit / Prämienzahlung	23		
21 Zahlungsverzug	24		
22 Rückerstattung der Prämien	24		
23 Anpassung	24		
24 Änderung der Prämienabstufung	24		

**I Allgemeines**

**1 Grundlagen**

- 1.1 Grundlagen des Vertrages bilden:
  - die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
  - die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB)
  - allfällige Ergänzende Versicherungsbedingungen
  - sowie die Bestimmungen in Police und allfälligen Nachträgen
  - die schriftlichen Erklärungen, die der Versicherungsnehmer und die zu versichernden Personen im Versicherungsantrag, im Bericht des untersuchenden Arztes und in weiteren Schriftstücken abgeben

- 1.2 Soweit in diesen Unterlagen ein Sachverhalt nicht ausdrücklich geregelt ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

**2 Gegenstand der Versicherungen**

- 2.1 Versicherbar sind die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und zur Unfallversicherung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG).
- 2.2 Einzelheiten zu den verschiedenen Versicherungen sind in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) geregelt.

### 3 Örtlicher Geltungsbereich

- 3.1 Die Versicherungen gelten weltweit.
- 3.2 Leistungen im Ausland werden in Notfällen ausgerichtet, soweit dies in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) vorgesehen ist. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Kein Notfall besteht, wenn sich die versicherte Person zum Zwecke dieser Behandlung ins Ausland begibt.
- 3.3 Ein zum Tätigkeitsgebiet der Atupri Gesundheitsversicherung (nachfolgend Atupri genannt) gehörender Grenzkorridor von 20 Kilometern Luftlinie, ausgenommen das Gebiet des Fürstentums Liechtenstein, ist der Schweiz gleichgestellt.

## II Begriffsbestimmungen

### 4 Männliche / weibliche Form

Die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und weiteren Bestimmungen gewählte männliche Form gilt auch für weibliche Personen.

### 5 Krankheit / Mutterschaft

- 5.1 Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- 5.2 Schwangerschaft und Niederkunft sind der Krankheit gleichgestellt.

### 6 Unfall

- 6.1 Die Definition des Unfallereignisses entspricht derjenigen im Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).
- 6.2 Demnach gelten als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper sowie unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge haben.

### 7 Leistungserbringer

- 7.1 Als Leistungserbringer im Sinne des Vertrages gelten Personen und Einrichtungen, die gemäss Artikel 35 ff. des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder gemäss Artikel 53 des Unfallversicherungsgesetzes (UVG) zur Tätigkeit zulasten der Unfallversicherung zugelassen sind.
- 7.2 Abweichende Bestimmungen in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) bleiben vorbehalten.

### 8 Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt das Kalenderjahr (1. Januar bis 31. Dezember).

## III Versicherungsverhältnis

### 9 Versicherte Personen

Versichert sind die in der Police aufgeführten Personen.

### 10 Versicherungsantrag

- 10.1 Zum Abschluss der Versicherung oder bei Versicherungsänderungen ist das dafür vorgesehene Antragsformular wahrheitsgetreu und vollständig auszufüllen und Atupri zuzustellen. Atupri kann ihren Entscheid vom Ergebnis einer von ihr angeordneten ärztlichen Untersuchung abhängig machen.
- 10.2 Ein neugeborenes Kind kann ab dem Tag der Geburt versichert werden, wenn das Antragsformular vor der Geburt bei Atupri eingetroffen ist.
- 10.3 Hat der Antragsteller oder die versicherte Person beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Tatsache, die er bzw. sie kannte oder hätte kennen müssen, insbesondere im Zeitpunkt des Versicherungsantrages bestehende oder vorher bestandene Krankheiten oder Unfallfolgen, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, kann Atupri innert 4 Wochen, seit sie davon Kenntnis hat, von der Versicherung zurücktreten.

### 11 Versicherungsabschluss

- 11.1 Atupri ist berechtigt, Leistungen für einzelne Krankheiten, Mutterschaft und Unfallfolgen ohne Begründung gegenüber dem Antragsteller auszuschliessen oder die Versicherung ganz abzulehnen.
- 11.2 Kein Leistungsausschluss wird bei der Aufnahme von Kindern angebracht, wenn der Versicherungsantrag vor der Geburt gestellt wird. Vorbehalten bleiben abweichende Bestimmungen in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB).
- 11.3 Die Versicherungen können von Personen bis zum vollendeten 60. Altersjahr mit Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet von Atupri abgeschlossen werden.

### 12 Beginn des Versicherungsschutzes

Die Versicherungen können auf den Ersten eines jeden Monats abgeschlossen werden. Der Versicherungsschutz beginnt an dem in der Police bezeichneten Tag, frühestens jedoch mit der Aushändigung der Police oder mit der schriftlichen Annahme des Antrages.

### 13 Vertragsdauer

- 13.1 Die Vertragsdauer beträgt mindestens eine Versicherungsperiode.
- 13.2 Nach Ablauf einer Versicherungsperiode erneuern sich die Versicherungen jeweils stillschweigend um ein weiteres Jahr, sofern in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) oder in der Police nichts anderes geregelt ist.

### 14 Ablösung eines Versicherungsvertrags

Wird ein bestehender Versicherungsvertrag durch einen neuen Vertrag bei Atupri abgelöst, so werden bisher bezogene Leistungen, die bedingungsgemäss

betraglich oder zeitlich beschränkt sind, bei der Bemessung künftiger Leistungen angerechnet.

## 15 Ende der Versicherungen

Die Versicherungen erlöschen:

- 15.1 mit dem Tod der versicherten Person;
  - 15.2 durch Kündigung;
  - 15.3 durch Rücktritt gemäss Artikel 17.1 und 21.2;
  - 15.4 durch Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ins Ausland;
  - 15.5 durch Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland während mehr als zwölf Monaten, sofern die Versicherungen nicht gemäss Artikel 15a sistiert wurden oder eine andere schriftliche Vereinbarung getroffen wurde.
- 15a Sistierung der Versicherungsdeckung
- 15a.1 Gegen eine Gebühr kann die versicherte Person den Leistungsanspruch aus einzelnen oder allen Zusatzversicherungen auf Gesuch hin sistieren, wenn sie
- sich länger als sechs Monate im Ausland aufhält und ihren Wohnsitz dorthin verlegt oder
  - sich aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit vorübergehend anderweitig versichern muss.
- Ein Anspruch auf Sistierung besteht nicht. Die maximale Dauer der Sistierung beträgt 30 Monate.
- 15a.2 Die Sistierung beginnt nach Antragstellung frühestens zu Beginn des Monats nach Eintritt des Sistierungsgrundes.
- 15a.3 Die versicherte Person hat spätestens 30 Tage nach Wegfall des Sistierungsgrundes bzw. nach Ablauf der Höchstdauer die sistierten Versicherungsdeckungen wieder aktivieren zu lassen. Die Prämien werden dabei gemäss Artikel 24.1 angepasst. Wird der Versicherungsschutz nicht innert der genannten Frist reaktiviert, erlöschen die sistierten Versicherungen ohne Weiteres.
- 15a.4 Die Zeit der Sistierung wird bei folgenden Versicherungsvarianten an die jeweils notwendige Versicherungsdauer nicht angerechnet:
- bei der Herabsetzung oder Aufhebung von wählbaren Franchisen gemäss ZVB Spital Kombi, Artikel 18.4 bzw. ZVB Spital, Artikel 11.4
  - bei Wechsel von der Variante Opti 1 zu Opti 2 gemäss ZVB Spital Kombi, Artikel 18a.7 bzw. ZVB Spital, Artikel 12.7

## 16 Kündigung

- 16.1 Der Versicherungsnehmer kann die Versicherungen nach der Mindestvertragsdauer gemäss Artikel 13.1 kündigen. Die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) können für einzelne Versicherungen eine längere Mindestdauer vorsehen. Die Kündigung kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende jeder Versicherungsperiode erklärt werden.
- 16.2 Der Versicherungsnehmer kann bei Änderung der Prämientarife und/oder der Franchisen- und Selbstbehaltregelungen gemäss Artikel 23 sowie bei Änderung der Prämienabstufung gemäss Artikel 24.1

diejenige Versicherung kündigen, welche eine der erwähnten Änderungen erfährt.

- 16.3 Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen. Sie ist rechtzeitig erfolgt, wenn sie spätestens am letzten Tag vor Beginn der Kündigungsfrist bei Atupri eingegangen ist.
- 16.4 Atupri verzichtet auf ihr Kündigungsrecht, sofern in den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) oder in der Police nichts anderes geregelt ist.

## 17 Rücktritt

- 17.1 Nach jedem Ereignis, für welches Atupri aus der entsprechenden Versicherung eine Leistung zu erbringen hat, kann der Versicherungsnehmer vom Vertrag zurücktreten. Der Rücktritt von der Versicherung ist spätestens 14 Tage nachdem die versicherte Person von der Auszahlung der Leistungen Kenntnis erhalten hat, mitzuteilen. Die Deckung erlischt mit dem Eintreffen der Mitteilung bei Atupri. Die Prämie ist für den Rest der laufenden Versicherungsperiode nicht mehr geschuldet.
- 17.2 Atupri verzichtet ausdrücklich auf das ihr gesetzlich zustehende Recht, nach Eintritt eines versicherten Ereignisses den Vertrag aufzulösen, ausser bei Anzeigepflichtverletzung sowie versuchtem oder vollendetem Versicherungsmissbrauch.

## 18 Erlöschen des Leistungsanspruches

Der Anspruch auf Leistungen, einschliesslich der Leistungen für laufende Krankheits- oder Unfallbehandlungen, erlischt mit dem Ende der Versicherung.

## IV Prämien

### 19 Prämientarif

- 19.1 Die Prämien werden pro Versicherungsperiode berechnet und in den Prämientarif aufgenommen.
- 19.2 Der Prämientarif kann eine Abstufung der Prämien nach Alter, Geschlecht und zivilrechtlichem Wohnsitz vorsehen.

### 20 Fälligkeit/Prämienzahlung

- 20.1 Die Jahresprämie ist in der Regel in monatlichen Raten zahlbar. Diese sind je nach Zahlungsverfahren jeweils am ersten Montag einer Zahlungsperiode fällig. Atupri kann andere Zahlungsverfahren anbieten.
- 20.2 Bei Jahresprämien bis zu CHF 400.– kann Atupri die jährliche Prämienzahlung verlangen.
- 20.3 Die im Verlaufe des Jahres fällig werdenden Raten gelten lediglich als gestundet.
- 20.4 (gestrichen)
- 20.5 Die Verrechnung von Prämien, Kostenbeteiligungen, Rückerstattungen und anderen Guthaben erfolgt mit dem üblichen Zahlungsverkehr. Atupri kann beim Prämieninkasso Ausnahmen vorsehen.
- 20.6 Atupri nimmt Auszahlungen von Guthaben des Versicherungsnehmers ausschliesslich über ein Bank- oder Postkonto vor. Eine entsprechende Kontoverbindung ist Atupri rechtzeitig bekannt zu geben.

20.7 Bei Kollektivverträgen erfolgt die Verrechnung von Prämien, Kostenbeteiligungen und Rückerstattungen in Absprache mit der vertragsabschliessenden Partei.

## 21 Zahlungsverzug

21.1 Wird die Prämie nicht bis zum Fälligkeitsdatum entrichtet, so wird der Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die Säumnisfolgen schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung die ausstehenden Prämien zu bezahlen. Bleibt diese Mahnung ohne Erfolg, ruht die Leistungspflicht vom Ablauf der Mahnfrist an.

21.2 Wird die rückständige Prämie nicht innert zwei Monaten nach Ablauf der Mahnfrist gemäss Absatz 1 rechtlich eingefordert, so wird angenommen, dass Atupri, unter Verzicht auf die Bezahlung der rückständigen Prämie, vom Vertrag zurücktritt.

21.3 Wird die Prämie von Atupri rechtlich eingefordert oder nachträglich angenommen, so lebt die Leistungspflicht ab dem Zeitpunkt, an dem die rückständige Prämie samt Zinsen und Kosten bezahlt wird, wieder auf. Atupri ist für Versicherungsfälle, die sich während der Verzugsdauer und nach Ablauf der Mahnfrist ereignen, nicht leistungspflichtig.

21.4 Für ausstehende Kostenbeteiligungen gelten die Bestimmungen der Absätze 1 bis 3 sinngemäss.

## 22 Rückerstattung der Prämien

Wird die Versicherung aus gesetzlichen oder vertraglichen Gründen vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsperiode aufgehoben, so erstattet Atupri die bezahlte Prämie, welche auf die nicht abgelaufene Versicherungsperiode fällt, zurück bzw. fordert später zur Zahlung fällig werdende Raten nicht mehr ein. Vorbehalten bleibt die Bestimmung gemäss Artikel 20.4.

## 23 Anpassung

Ändern die Prämientarife und/oder Selbstbehaltregelungen, kann Atupri die Anpassung der Versicherung auf den ersten Tag der kommenden Versicherungsperiode verlangen. Zu diesem Zweck hat sie dem Versicherungsnehmer die neuen Vertragsbedingungen spätestens 30 Tage vor Inkrafttreten schriftlich bekannt zu geben. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, diejenige Versicherung, welche eine Änderung der Prämientarife und/oder Selbstbehaltregelungen erfährt, auf Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag der laufenden Versicherungsperiode bei Atupri eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.

## 24 Änderung der Prämienabstufung

24.1 Bei einem Wechsel des zivilrechtlichen Wohnsitzes kann Atupri die Prämien auf den Zeitpunkt des Wohnsitzwechsels anpassen. Ergibt sich aus einer solchen Änderung eine Prämienhöhung, kann der

Versicherungsnehmer die Versicherung innert 30 Tagen seit Ankündigung der neuen Prämien auf das Datum der Änderung kündigen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.

24.2 Die Prämien werden dem aktuellen Alter der versicherten Person angepasst. Die Prämienanpassung erfolgt auf Beginn der Versicherungsperiode, in welcher die Altersabstufung ändert. In diesem Fall besteht ein Kündigungsrecht gemäss Artikel 23.

## V Pflichten und Anspruchsbegründung

### 25 Auskunftspflicht und Datenschutz

25.1 Atupri ist berechtigt, von den Leistungserbringern zusätzliche Belege und Auskünfte, insbesondere ärztliche Zeugnisse, einzuholen. Die Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen haben zudem vollständig und wahrheitsgetreu Auskunft über alles zu geben, was sich auf den Schadenfall sowie auf frühere Krankheiten und/oder Unfälle bezieht.

Sie entbinden die Leistungserbringer, die sie behandeln oder behandelt haben, von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber Atupri und ermächtigen sie, Atupri jede verlangte Auskunft zu erteilen.

25.2 Atupri gilt als ermächtigt, bei Drittpersonen sachdienliche Auskünfte einzuholen und in amtliche Akten Einsicht zu nehmen.

25.3 Atupri gewährt die ständige Einhaltung des Datenschutzes gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG). Sie behandelt die erhaltenen Informationen vertraulich.

25.4 Falls erforderlich, werden benötigte Daten an involvierte Dritte, vor allem Mitversicherer, Rückversicherer und andere beteiligte Versicherer, weitergeleitet. Zudem können zur Durchsetzung von Regressansprüchen Informationen an haftpflichtige Dritte und deren Haftpflichtversicherer weitergegeben werden.

### 25a Pflicht zur ärztlichen Behandlung

25a.1 Führt eine Krankheit oder ein Unfall voraussichtlich zu Leistungen, ist sobald als möglich für eine fachgemässe ärztliche Behandlung zu sorgen. Die versicherte Person ist verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen oder den Anordnungen anderer Leistungserbringer Folge zu leisten.

25a.2 Die versicherte Person ist auf Anordnung von Atupri überdies verpflichtet, sich einer Untersuchung durch die von Atupri beauftragten Vertrauensärzte zu unterziehen.

### 26 Meldepflicht bei ambulanter Behandlung

26.1 Bei ambulanter Behandlung sind Atupri die entsprechenden detaillierten Originalrechnungen und -belege nach Abschluss der Behandlung, mindestens aber einmal jährlich, einzusenden.

26.2 Unfälle sind durch die versicherte Person innert 10 Tagen zu melden. Das Unfallmeldeformular kann beim zuständigen Service Center verlangt werden.

## 27 Meldepflicht bei stationärer Behandlung

- 27.1 Spitalaufenthalte sind Atupri vor dem Spitaleintritt anzuzeigen. Notfallmässige Spitaleintritte sind innerhalb von fünf Tagen zu melden.
- 27.2 Wird die Meldepflicht ohne hinreichende Begründung verletzt, so ruht die Leistungspflicht von Atupri bis zur erfolgten Meldung.
- 27.3 Auf Verlangen der versicherten Person stellt Atupri bei Eintritt in ein Spital eine Kostengutsprache aus.

## 28 Meldepflicht bei Kuren

Die ärztliche Kurverordnung ist Atupri rechtzeitig vor Kurantritt, unter Angabe der Kuranstalt oder des Heilbades und des Datums des Kurantritts, abzugeben.

## 29 Anspruchsbegründung

- 29.1 Werden von der versicherten Person Leistungen geltend gemacht, so sind Atupri sämtliche ärztlichen Zeugnisse, Berichte, Belege und Rechnungen von Leistungserbringern im Original einzureichen.
- 29.2 Sind für eine Krankheit oder für Unfallfolgen neben Atupri andere Sozial- oder Privatversicherer leistungspflichtig (z.B. Invalidenversicherung, Militärversicherung, andere Kranken- und Unfallversicherungen), so sind Atupri neben den erwähnten Unterlagen auch die Abrechnungen des entsprechenden Versicherungsträgers einzureichen.

## 30 Meldepflicht bei Wohnsitzwechsel

Eine Änderung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ist Atupri umgehend schriftlich bekannt zu geben.

## VI Einschränkungen des Versicherungsschutzes

### 31 Ausschlüsse

- 31.1 Krankheiten und Unfälle, die in Zusammenhang mit nachstehenden Ereignissen auftreten, sind von der Versicherung ausgeschlossen:
- Folgen von kriegerischen Ereignissen in der Schweiz und im Ausland. Wird die versicherte Person jedoch im Land, wo sie sich aufhält, vom Ausbruch solcher Ereignisse überrascht, erlischt der Versicherungsschutz erst 14 Tage nach deren erstmaligem Auftreten
  - ausländischer Militärdienst
  - Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Terrorakten
  - Teilnahme an Unruhen oder unbewilligten Demonstrationen
  - vorsätzliche oder grob fahrlässige Ausübung von Verbrechen und Vergehen
  - Beteiligung an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, die versicherte Person sei als Unbeteiligte oder bei Hilfeleistungen für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden
  - Gefahren, denen sich die versicherte Person dadurch aussetzt, dass sie andere stark provoziert
  - Einwirkung ionisierender Strahlen und Schäden aus der Atomenergie

- Konsum von Drogen, Betäubungs- und Suchtmitteln sowie Medikamentenmissbrauch
- versuchte oder vollendete Selbsttötung oder Selbstverstümmelung

### 31.2 Keine Leistungen werden zudem ausgerichtet für:

- Zellulärtherapie, Abmagerungskuren, Kräftigungstherapien
- Behandlungen, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach wissenschaftlichen Methoden nicht nachgewiesen sind
- kosmetische Behandlungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen)
- Geschlechtsumwandlungen (inkl. Komplikationen und Spätfolgen)
- Kostenbeteiligung der Versicherung Obligatorische Krankenpflege

## 32 Kürzungen

Die versicherten Leistungen werden gekürzt und in besonders schwerwiegenden Fällen verweigert:

- wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ihren Verpflichtungen und Obliegenheiten gegenüber Atupri nicht nachkommt, es sei denn, er bzw. sie weist nach, dass die Pflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist
- bei Unfällen als Folge von Wagnissen. Wagnisse sind Handlungen, mit denen sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken. Rettungshandlungen zugunsten von Personen sind indessen auch dann versichert, wenn sie an sich als Wagnisse zu betrachten sind.

## 33 Grobfahrlässigkeit

Atupri verzichtet auf das Recht, bei grob fahrlässiger Herbeiführung des versicherten Ereignisses die Leistungen zu kürzen. Ausgenommen bleibt die grob fahrlässige Ausübung von Verbrechen und Vergehen gemäss Artikel 31.1.

## 34 Mehrfachversicherung

Bestehen Versicherungsverträge bei mehreren Versicherern, erbringt Atupri ihre Leistung anteilmässig. Dabei wird ermittelt, wie viel jeder Versicherer an die Kosten aufgrund der bei ihm bestehenden Versicherung zu zahlen hätte, wenn er allein leistungspflichtig wäre. Hierauf wird die Summe dieser Leistungen errechnet. Die von Atupri zu erbringende Entschädigung ist auf den Teil begrenzt, der ihrem Anteil an dieser Summe entspricht. Die Entschädigungen aller Versicherer zusammen dürfen die tatsächlichen Kosten nicht übersteigen.

## 35 Ausrichtung der Leistungen

- 35.1 Die Leistungen Atupri werden im Nachgang zur Grundversicherung, zur obligatorischen Unfallversicherung, zur Eidgenössischen Militärversicherung, zur Eidgenössischen Invalidenversicherung, zur Eidgenössischen Alters- und Hinterlassenenversiche-

nung und zu entsprechenden ausländischen Versicherungsträgern erbracht.

- 35.2 Besteht keine Grundversicherung, werden die gesetzlichen Leistungen in Abzug gebracht.
- 35.3 Wird Atupri anstelle des haftpflichtigen Dritten oder dessen Haftpflichtversicherers in Anspruch genommen, so hat die versicherte Person Atupri im Rahmen der ausgerichteten Leistungen ihre Ansprüche abzutreten.
- 35.4 Entschädigungen, die von einem haftpflichtigen Dritten oder dessen Haftpflichtversicherer übernommen worden sind, werden von den Leistungen von Atupri in Abzug gebracht.
- 35.5 Allfällige durch andere Versicherungsträger vorgenommene Kürzungen werden durch Atupri nicht gedeckt.

## VII Verschiedenes

### 36 Erfüllungsort und Gerichtsstand

- 36.1 Die Verpflichtungen aus diesem Vertrag sind in der Schweiz und in Schweizer Währung zu erfüllen.
- 36.2 Bei Streitigkeiten aus diesem Vertrag steht der versicherten Person wahlweise der Gerichtsstand Bern oder der Gerichtsstand ihres schweizerischen Wohnsitzes zur Verfügung.

### 37 Mitteilungen

- 37.1 Alle Mitteilungen können rechtsgültig an die Direktion von Atupri oder an das in der Police bezeichnete Service Center gerichtet werden.
- 37.2 Mitteilungen von Atupri erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz.

### 38 Tarife der Leistungserbringer

Atupri anerkennt die in den schweizerischen Sozialversicherungen gültigen Tarife und die üblicherweise verwendeten Privattarife.

### 39 Leistungsanpassung

- 39.1 Atupri ist aus einem der nachfolgenden Gründe berechtigt, die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anzupassen:
  - a) Ausweitung der Anzahl oder Etablierung neuer Arten von Leistungserbringern.
  - b) Entwicklung der modernen Medizin.
  - c) Etablierung neuer oder kostenintensiver Therapieformen.

- 39.2 Werden im Laufe der Versicherung die Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) aufgrund der Bestimmungen in Absatz 1 angepasst, gelten für den Versicherungsnehmer und Atupri die neuen Bedingungen. Atupri teilt den Versicherungsnehmern diese Anpassungen schriftlich mit. Versicherungsnehmer, die mit diesen Anpassungen nicht einverstanden sind, können die entsprechende Versicherung auf das Datum der Anpassung kündigen. Erhält Atupri innert 30 Tagen keine Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Neuregelung der Versicherung.

### 40 Übertrittsrecht in die Einzelversicherung

- 40.1 Die versicherte Person, die ganz oder teilweise aus einem Kollektivvertrag ausscheidet, hat das Recht, innert 3 Monaten ohne erneute Überprüfung des Gesundheitszustandes in die Einzelversicherung von Atupri überzutreten, sofern sie in deren Tätigkeitsgebiet wohnt. Das gleiche Recht steht den Kollektivversicherten zu, wenn der Kollektivversicherungsvertrag hinfällig wird.
- 40.2 Die mit Atupri den Vertrag abschliessende Partei hat die Arbeitnehmer, die aus dem Kreis der Kollektivversicherung ausscheiden, bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses schriftlich über das Übertrittsrecht in die Einzelversicherung und die dabei geltende Frist aufzuklären.
- 40.3 Atupri gewährt der übertretenden versicherten Person im Rahmen der geltenden Bestimmungen und Tarife der Einzelversicherung ohne Gesundheitsprüfung Versicherungsschutz für die bisher versicherten Leistungen, soweit sie den neuen Verhältnissen angepasst sind.

### 41 Verrechnung

- 41.1 Atupri kann fällige Leistungen mit Forderungen gegenüber den versicherten Personen verrechnen.
- 41.2 Die versicherten Personen haben gegenüber Atupri kein Verrechnungsrecht.

### 42 Besondere Vereinbarungen

Vereinbarungen ausserhalb dieser Bestimmungen verpflichten Atupri nur, wenn sie von der Geschäftsleitung schriftlich bestätigt wurden.

### 43 Abtretung

Die Ansprüche auf die versicherten Leistungen können vor ihrer endgültigen Festsetzung ohne ausdrückliche Zustimmung von Atupri weder abgetreten noch verpfändet werden.



# MIVITA, COMFORTA UND SPITAL VON TELFIRST- UND FLEXCARE-VERSICHERTEN ERGÄNZENDE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Ausgabe 1. Januar 2017

## **I Allgemeine Bestimmungen**

### **1 Grundsatz**

- 1.1 Den versicherten Personen der Versicherungsformen TelFirst und FlexCare steht der Abschluss von Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) offen. Zusatzversicherungen zu den Versicherungsformen TelFirst und FlexCare können allerdings nur in Verbindung mit einer bei Atupri bestehenden Versicherungsform TelFirst oder FlexCare abgeschlossen werden.
- 1.2 Die Zusatzversicherungen von TelFirst- und FlexCare-Versicherten gelten als besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Die in den Versicherungsformen TelFirst und FlexCare anwendbaren Rechte und Pflichten der versicherten Personen sind auch für die Zusatzversicherungen zwingend. Beim Wechsel in die Versicherungsform Standard entfallen die besonderen Rechte und Pflichten der TelFirst- und FlexCare-Versicherten.

### **2 Geltungsbereich**

Sofern in diesen Ergänzenden Bedingungen keine anders lautenden Regelungen enthalten sind, gelten die Bestimmungen der Anhänge TelFirst und FlexCare sowie der einschlägigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) für die Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

## **II Leistungen**

### **3 Grundsatz**

- 3.1 Die Leistungen der TelFirst- und FlexCare-Zusatzversicherungen richten sich nach den jeweils anwendbaren Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) der entsprechenden Versicherung.
- 3.2 Die einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug bzw. die Wahl des Leistungserbringers (Artikel 9 bis 15 der Anhänge TelFirst und FlexCare) gelten auch für den Bezug von Leistungen der Zusatzversicherungen von TelFirst- und FlexCare-Versicherten.

## **III Prämien und Kostenbeteiligungen**

### **4 Prämien**

TelFirst- und FlexCare-Versicherte erhalten einen Rabatt auf der Prämie der Versicherungen Spital, Mivita und Comforta. Massgebend ist der jeweils gültige Tarif.

### **5 Kostenbeteiligungen**

Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei ambulanter und stationärer Behandlung sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes richten sich nach den jeweils anwendbaren Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) der entsprechenden Versicherung.

# MIVITA, COMFORTA UND SPITAL VON HMO-VERSICHERTEN ERGÄNZENDE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Ausgabe 1. Januar 2017

## **I Allgemeine Bestimmungen**

### **1 Grundsatz**

- 1.1 Den versicherten Personen der Versicherungsform HMO steht der Abschluss von Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG) offen. Zusatzversicherungen zur Versicherungsform HMO können allerdings nur in Verbindung mit einer bei Atupri bestehenden Versicherungsform HMO abgeschlossen werden.
- 1.2 Die Zusatzversicherungen von HMO-Versicherten gelten als besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Die in der Versicherungsform HMO anwendbaren Rechte und Pflichten der versicherten Personen sind auch für die Zusatzversicherungen zwingend. Beim Wechsel in die Versicherungsform Obligatorische Krankenpflege entfallen die besonderen Rechte und Pflichten der HMO-Versicherten.

### **2 Geltungsbereich**

Sofern in diesen Ergänzenden Bedingungen keine anders lautenden Regelungen enthalten sind, gelten die Bestimmungen des Anhanges HMO-Versicherung sowie der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) für die Versicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

## **II Leistungen**

### **3 Grundsatz**

- 3.1 Die Leistungen der HMO-Zusatzversicherungen richten sich nach den jeweils anwendbaren Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) der entsprechenden Versicherung.
- 3.2 Die einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug bzw. die Wahl des Leistungserbringers (Artikel 9 bis 17 des Anhanges HMO-Versicherung) gelten auch für den Bezug von Leistungen der Zusatzversicherungen von HMO-Versicherten.

## **III Prämien und Kostenbeteiligung**

### **4 Prämien**

HMO-Versicherte erhalten einen Rabatt auf der Prämie der Versicherungen Spital, Mivita und Comforta. Massgebend ist der jeweils gültige Tarif.

### **5 Kostenbeteiligung**

Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei ambulanter und stationärer Behandlung sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes richten sich nach den jeweils anwendbaren Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) der entsprechenden Versicherung.

# MIVITA, COMFORTA UND SPITAL VON CAREMED-VERSICHERTEN ERGÄNZENDE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Ausgabe 1. Januar 2017

## **I Allgemeine Bestimmungen**

### **1 Grundsatz**

- 1.1 Den versicherten Personen der Versicherungsform CareMed steht der Abschluss von Zusatzversicherungen offen. Zusatzversicherungen zur Versicherungsform CareMed können allerdings nur in Verbindung mit einer bei Atupri oder bei einem Versicherer, der die Zusatzversicherungen von Atupri vermittelt, bestehenden Versicherungsform CareMed abgeschlossen werden.
- 1.2 Die Zusatzversicherungen von CareMed-Versicherten gelten als besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Die in der Versicherungsform CareMed anwendbaren Rechte und Pflichten der versicherten Personen sind auch für die Zusatzversicherungen zwingend. Beim Wechsel in die Versicherungsform Obligatorische Krankenpflege entfallen die besonderen Rechte und Pflichten der CareMed-Versicherten.

### **2 Geltungsbereich**

Sofern in diesen Ergänzenden Versicherungsbedingungen keine anders lautenden Regelungen enthalten sind, gelten die Bestimmungen des Anhangs CareMed-Hausarztversicherung sowie der Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (AVB, ZVB) für die Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

## **II Leistungen**

### **3 Grundsatz**

- 3.1 Die Leistungen der Zusatzversicherungen richten sich nach den jeweils anwendbaren Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) der entsprechenden Zusatzversicherung.
- 3.2 Die einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug bzw. die Wahl der Leistungserbringer (Artikel 9 bis 17 des Anhangs CareMed-Hausarztversicherung) gelten auch für den Bezug von Leistungen der Zusatzversicherungen von CareMed-Versicherten.

## **III Prämien und Kostenbeteiligung**

### **4 Prämien**

CareMed-Versicherte erhalten einen Rabatt auf der Prämie der Zusatzversicherung Spital, Mivita und Comforta. Massgebend ist der jeweils gültige Tarif.

### **5 Kostenbeteiligung**

Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei ambulanter und stationärer Behandlung sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes richten sich nach den anwendbaren Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (AVB, ZVB) für die Zusatzversicherungen.

## ALLGEMEINE RECHTSSCHUTZBEDINGUNGEN COOP RECHTSSCHUTZ FÜR DIE KOLLEKTIVE VERSICHERUNG VON VERTRAGSSTREITIGKEITEN MIT ÄRZTEN, SPITÄLERN, CHIROPRAKTOREN UND MEDIZINISCHEM HILFSPERSONAL, INSBESONDERE BEI FEHLBEHANDLUNGEN, ALS DIENST- LEISTUNG DER ATUPRI GESUNDHEITSVERSICHERUNG

### 1 Grundlage

Grundlage für die Gewährung des Patientenrechtsschutzes ist der Vertrag der Atupri Gesundheitsversicherung mit Coop Rechtsschutz.

### 2 Geltungsbereich

#### 2.1 Persönlich

Versichert ist, wer bei der Atupri Gesundheitsversicherung (nachfolgend Atupri genannt) eine der folgenden Zusatzversicherungen abgeschlossen hat:

- Mivita
- Spital

Stirbt eine versicherte Person als Folge eines versicherten Ereignisses, so sind deren Rechtsnachfolger für diesen Fall versichert.

#### 2.2 Sachlich

2.2.1 Allgemein: Coop Rechtsschutz gewährt versicherten Personen (Ziffer 2.1) Rechtsschutz, wenn Streitigkeiten aus Vertrag mit einem Arzt, Zahnarzt, Chiropraktor, privaten/öffentlichen Spital, medizinischen Hilfspersonen oder anderen von Atupri anerkannten Leistungserbringern im Zusammenhang mit Leistungen, für die bei Atupri eine Deckung besteht, entstehen.

2.2.2 Versichert sind Streitigkeiten über:

- mögliche Fehlbehandlungen
- die Unterlassung von Untersuchungen
- die Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen aus Fehlbehandlungen
- die Aufklärungspflicht gegenüber dem Versicherten betreffend mögliche Auswirkungen von medizinischen Massnahmen
- Fehlinformationen und Informationsverweigerung, insbesondere
- die Einsichtnahme in Untersuchungsdokumente,
- die Herausgabe von Röntgenbildern

2.2.3 Nicht versichert sind Streitigkeiten über:

- psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen
- Honorare und Rechnungen
- Leistungen von Krankenkassen und Versicherungen
- Leistungen von Repatriierungsunternehmen

#### 2.3 Zeitlich

Der Rechtsschutz wird gewährt für Streitfälle, die nach Abschluss und Bezahlung der Zusatzversicherung und während ihrer Dauer eintreten. Massgebend ist der Zeitpunkt der tatsächlichen

Rechtsverletzung bzw. der Verletzung von vertraglichen Pflichten.

#### 2.4 Örtlich

Der Rechtsschutz wird weltweit gewährt.

### 3 Leistungen

3.1 Versichert ist die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen der versicherten Personen und die Bezahlung bis maximal CHF 250'000.– pro Fall der Aufwendungen für:

- die Bearbeitung der Rechtsschutzfälle durch Coop Rechtsschutz
- einen beigezogenen Rechtsanwalt oder juristischen Beauftragten
- Experten, die von Coop Rechtsschutz, vom beauftragten Rechtsanwalt oder von einer Zivil-, Straf- oder Verwaltungsbehörde angeordnet werden
- Gerichtskosten und andere zulasten des Versicherten gehende Verfahrenskosten
- Inkassogebühren für die dem Versicherten zugesprochene Entschädigung
- dem Versicherten auferlegte Prozessentschädigungen an die Gegenpartei

3.2 Ausserhalb der Schweiz ist die Leistung auf CHF 50'000.– pro Fall beschränkt.

3.3 Nicht bezahlt werden namentlich:

- Schadenersatz
- Kosten, zu deren Übernahme ein haftpflichtiger Dritter verpflichtet ist.

### 4 Mitteilungen

Der Rechtsschutzfall ist vom Versicherten unverzüglich dem zuständigen Service Center von Atupri, dem Hauptsitz der Coop Rechtsschutz oder einem ihrer Schadenbüros zu melden.

### 5 Behandlung des Streitfalles

5.1 Grundsätzlich werden die Streitfälle durch den Rechtsdienst von Coop Rechtsschutz behandelt.

5.2 Wenn sich der Beizug eines Rechtsanwaltes als notwendig erweist, kann der Versicherte diesen frei wählen. Diese freie Anwaltswahl besteht auch bei Interessenkollisionen.

5.3 Die Mandatserteilung an den frei gewählten Anwalt erfolgt ausschliesslich durch Coop Rechtsschutz.

5.4 Wenn Verhandlungen über eine gütliche Erledigung scheitern, entscheidet Coop Rechtsschutz über die Zweckmässigkeit der Prozessführung. Wenn nach

Ansicht von Coop Rechtsschutz die Erfolgsaussichten nicht hinreichend sind und sie es deshalb ablehnt, für Interventionen oder weitere Verhandlungen, für die Einleitung oder Weiterführung eines Verfahrens oder für die Ergreifung eines Rechtsmittels aufzukommen, so hat sie dies dem Versicherten schriftlich mitzuteilen. Der Versicherte hat hierauf das Recht, diese Fragen durch einen gemeinsam bestimmten schweizerischen Juristen (z.B. Rechtsanwalt, Richter) beurteilen zu lassen. Die Kosten dieses Schiedsverfahrens trägt die unterliegende Partei. Kommt es bei der Bestimmung des Schiedsrichters zu keiner Einigung, gelten die entsprechenden Bestimmungen des Konkordates über die Schiedsgerichtsbarkeit. Im Weiteren kann der Versicherte bei Meinungsverschiedenheiten auf eigene Kosten selbst die ihm nützlich scheinenden Massnahmen ergreifen. Erzielt er dabei ein in der Hauptsache besseres Resultat als die von Coop Rechtsschutz vorgeschlagene Erledigung, ersetzt ihm Coop Rechtsschutz im Rahmen dieser Vertragsbestimmungen alle Kosten des weiteren Vorgehens, wie wenn sie diesem zugestimmt hätte.

## 6 Gerichtsstand

- 6.1 Coop Rechtsschutz anerkennt als Gerichtsstand den schweizerischen Wohnsitz des Versicherten oder Aarau.
- 6.2 In Ergänzung dieser Allgemeinen Rechtsschutzbedingungen findet das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) Anwendung.