

Besondere Versicherungsbedingungen

Obligatorische Krankenpflegeversicherung Modell Assura Hausspital

Ausgabe 01.2027

Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das Assura Hausspital-Modell ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995.

Für das Assura Hausspital-Modell massgebend sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 einschliesslich der dazugehörigen Verordnungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der freiwilligen Taggeldversicherung im Sinne des KVG sowie die vorliegenden Besonderen Versicherungsbedingungen.

Die besonderen Bestimmungen über dieses Versicherungsmodell und den Ein- und Austritt der Versicherten stützen sich auf Art. 41 Abs. 4 KVG, Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG, Art. 99 bis 101 KVV. Für alle übrigen Bestimmungen wird auf die allgemeinen Grundsätze des KVG und dessen Verordnungen verwiesen.

Mit der Wahl des Assura Hausspital-Modells erklärt sich die versicherte Person mit den Besonderen Versicherungsbedingungen gemäss Kapitel 3 einverstanden. Im Gegenzug profitiert sie von ermässigten Versicherungsprämien.

Zweiter Titel – Versicherungsformen

Kapitel 1 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung

Artikel 1 – Leistungsbereich

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 24 bis 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen.

Artikel 2 – Franchise

2.1 Die versicherte Person trägt bis zum Betrag von CHF 300 (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

2.2 Für Minderjährige wird keine Franchise erhoben.

2.3 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen des folgenden Kapitels 2.

2.4 Auf den Leistungen bei Mutterschaft wird keine Franchise erhoben.

2.5 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen von der Franchise befreit.

Artikel 3 – Selbstbehalt

3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10% an den die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

3.2 Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder.

3.3 Auf besondere Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

3.4 Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft sind Frauen bei allgemeinen Leistungen vom Selbstbehalt befreit.

Artikel 4 – Maximale Kostenbeteiligung der versicherten Person

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei Assura-Basis AG (nachfolgend «Assura» genannt) versichert, haben sie zusammen höchstens die Franchise und den Höchstbetrag des Selbstbehaltes für eine erwachsene Person zu entrichten.

4.2 Tritt eine versicherte Person im Verlaufe des Jahres dieser Versicherungsdeckung bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an. Eine Anrechnung von bereits in Rechnung gestellten Anteilen an Franchise und Selbstbehalt erfolgt unter Vorbehalt des entsprechenden Nachweises durch die versicherte Person.

4.3 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum.

Artikel 5 – Leistungen

5.1 Assura übernimmt auf der Basis der anwendbaren Tarife und Gesetzesbestimmungen die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen, die von Leistungserbringern erbracht werden, die zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

5.2 Vorbehalten bleiben die besonderen Bedingungen von Kapitel 3.

Kapitel 2 – Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

Artikel 6 – Anwendbares Recht

Die oben erwähnten Bestimmungen sind zudem ebenfalls auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchise anwendbar, unter Vorbehalt der besonderen Regelungen in diesem Kapitel 2.

Artikel 7 – Zweck

Assura ermöglicht der versicherten Person gemäss den nachfolgenden Bedingungen eine höhere Franchise zu wählen, um die Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu reduzieren.

Artikel 8 – Wahlfranchise

8.1 Die versicherte Person trägt bis zu einem von ihr gewählten Betrag (Franchise) pro Kalenderjahr die Kosten der für sie erbrachten Leistungen.

8.2 Die Franchise für Erwachsene und/oder junge Erwachsene kann CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 oder CHF 2'500 betragen.

8.3 Die Franchise für ein Kind kann CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 oder CHF 600 betragen.

Artikel 9 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

9.1 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen steht sämtlichen Versicherten offen. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen.

9.2 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 möglich.

9.3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Kapitel 3 – Assura Hausspital-Modell

Artikel 10 – Grundsätze des Modells

Mit dem Abschluss des Assura Hausspital-Modells erklärt sich die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter damit einverstanden, dass sie sich bei jedem auftretenden Gesundheitsproblem vor jeder medizinischen Beratung und/ oder ambulanten oder stationären Behandlung in einem ersten Schritt gemäss Art. 12.1 an ihren Hausarzt oder an das telemedizinische Zentrum als Primärversorger wendet. **Falls dieser Primärversorger die medizinische Beratung und/oder ambulante oder stationäre Behandlung nicht abschliessend durchführen kann und eine Überweisung an einen zusätzlichen Leistungserbringer notwendig wird, so hat die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter zwingend dafür zu sorgen, dass die Überweisung an eine von Assura genehmigte Einrichtung resp. an deren Spezialisten als Sekundärversorger erfolgt.** Sie erklärt sich auch damit einverstanden, dass mit Ausnahme der Konsultationen, die durch die Primärversorger erbracht werden, alle medizinischen Folgeuntersuchungen und -behandlungen durch den **Sekundärversorger** durchgeführt werden, sofern dies medizinisch begründet ist und die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt sind.

Artikel 11 – Die verschiedenen Akteure

11.1 Telemedizinisches Zentrum (Primärversorger)

Das von Assura ausgewählte telemedizinische Zentrum erbringt medizinische Beratungen und Fernuntersuchungen. Seine Kontaktangaben sind auf der Internetseite von Assura aufgeführt. Es zeigt der versicherten Person den geeigneten Behandlungsweg auf.

11.2 Hausärzte (Primärversorger)

11.2.1 Hausärzte im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind Ärztinnen und Ärzte, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen sind und deren Kontaktdaten die versicherte Person vor der ersten Konsultation Assura mitgeteilt hat.

11.2.2 Der Hausarztwechsel muss Assura von der versicherten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt mitgeteilt werden.

11.3 Genehmigte Einrichtungen (Sekundärversorger)

11.3.1 Die genehmigten Einrichtungen erbringen als Leistungserbringer medizinische Beratungen und/oder ambulante und stationäre Behandlungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

11.3.2 Assura publiziert auf assura.ch eine aktuelle Liste der genehmigten Einrichtungen. Assura kann die Liste jederzeit einseitig anpassen. **Falls die versicherte Person eine genehmigte Einrichtung aufsucht, die nicht auf der kantonalen Spitalliste des Wohnsitzkantons der versicherten Person figuriert, können für die versicherte Person Mehrkosten entstehen.**

11.4 Spezialisten (Sekundärversorger)

Spezialisten im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind sämtliche Ärztinnen und Ärzte mit einer anerkannten Weiterbildung in einem medizinischen Fachgebiet im Sinne des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG), die in einer genehmigten Einrichtung praktizieren oder an die die genehmigte Einrichtung oder das telemedizinische Zentrum oder der Hausarzt die Überweisung vorgenommen hat.

Artikel 12 – Kontaktstellen und Pflichten

12.1 Grundsatz der Versicherung

Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter verpflichten sich, vor jeder medizinischen Beratung und/oder ambulanten oder stationären Behandlung als Erstkontakt einen der folgenden Akteure ihrer Wahl zu konsultieren:

- das telemedizinische Zentrum oder
- ihren Hausarzt.

12.2 Telemedizinisches Zentrum

12.2.1 Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter kann als Erstkontakt das telemedizinische Zentrum als Partner der Assura konsultieren.

12.2.2 Das telemedizinische Zentrum bietet der versicherten Person medizinische Beratung und medizinische Fernkonsultationen an. Gegebenenfalls vereinbart es mit der versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter eine angemessene Behandlung, zu deren Einhaltung sich die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter während eines bestimmten Zeitraums verpflichtet. Falls die Behandlung den festgelegten Zeitraum überschreitet, muss sich die versicherte Person erneut an das telemedizinische Zentrum wenden.

12.2.3 Wenn die medizinische Beratung und/oder Behandlung die Konsultation eines Allgemeinmediziners erfordert, so überweist das telemedizinische Zentrum die versicherte Person an dessen Hausarzt.

12.2.4 Wenn die medizinische Beratung und/oder Behandlung die Konsultation eines anderen Leistungserbringers erfordert, überweist das telemedizinische Zentrum die versicherte Person an eine genehmigte Einrichtung resp. deren Spezialisten.

12.2.5 Verfügen die genehmigten Einrichtungen über keinen geeigneten Spezialisten, bzw. bieten die genehmigten Einrichtungen die erforderliche medizinische Fachrichtung nicht an, überweist das telemedizinische Zentrum die versicherte Person ausnahmsweise an einen

anderen Leistungserbringer als an die genehmigten Einrichtungen.

12.2.6 Die Konsultation durch das telemedizinische Zentrum als erste Kontaktstelle wird der versicherten Person in Rechnung gestellt.

12.3 Hausarzt

12.3.1 Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter kann als Erstkontakt ihren Hausarzt konsultieren.

12.3.2 Der Hausarzt bietet der versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter medizinische Beratung und/oder Behandlung an. Wenn die medizinische Beratung und/oder ambulante oder stationäre Behandlung einen anderen Leistungserbringer erfordert, **muss die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter unter Vorbehalt des nachstehenden Artikels 12.3.3 sicherstellen, dass ihr Hausarzt sie für die Inanspruchnahme dieser medizinischen Beratung und/oder ambulanten oder stationären Behandlung an eine genehmigte Einrichtung bzw. an deren Spezialisten überweist, andernfalls treten die Folgen gemäss des nachfolgenden Artikels 14 ein.**

12.3.3 Verfügen die genehmigten Einrichtungen über keine geeigneten Spezialisten bzw. bieten die genehmigten Einrichtungen die erforderliche medizinische Fachrichtung nicht an, überweist der Hausarzt die versicherte Person ausnahmsweise an einen anderen Leistungserbringer als an die genehmigten Einrichtungen.

12.3.4 Entscheidet der Hausarzt aus medizinischen Gründen, die versicherte Person für eine medizinische Beratung und/oder ambulante oder stationäre Behandlung an eine genehmigte Einrichtung bzw. an deren Spezialisten oder an andere Leistungserbringer zu überweisen, verpflichtet sich die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter, von ihrem Hausarzt einen vollständig ausgefüllten, datierten und unterschriebenen Überweisungsschein zu erhalten und diesen vor der medizinischen Beratung und/oder ambulanten oder stationären Behandlung durch die genehmigte Einrichtung bzw. deren Spezialisten oder durch einen anderen Leistungserbringer als die genehmigte Einrichtung an Assura zu übermitteln.

12.3.5 Überweist der Hausarzt die versicherte Person für die medizinische Beratung und/oder Behandlung an einen anderen Leistungserbringer bzw. an einen Spezialisten ausserhalb der genehmigten Einrichtungen und obwohl für diese medizinische Beratung und/oder Behandlung in den genehmigten Einrichtungen geeignete Spezialisten zur Verfügung gestanden hätten, treten die Folgen des nachfolgenden Artikels 14 ein.

12.4 Genehmigte Einrichtungen

12.4.1 Die nicht bei einem Primärversorger abgeschlossene medizinische Beratung und/oder Behandlung ist zwingend unter Vorbehalt von Art. 12.2.3 durch eine Überweisung an eine genehmigte Einrichtung bzw. an deren Spezialisten fortzuführen.

12.4.2 Die genehmigte Einrichtung und deren Spezialisten führen die durch den Primärversorger begonnene medizinische Beratung und/oder Behandlung ambulant oder stationär fort und schliessen diese innert einer medizinisch angemessenen Zeit ab.

12.4.3 Die Überweisung durch die genehmigte Einrichtung an andere Leistungserbringer bzw. an Spezialisten ausserhalb der genehmigten Einrichtung erfolgt ausschliesslich, falls die genehmigte Einrichtung sowie deren Spezialisten die medizinische Beratung und/oder ambulante oder stationäre medizinische Behandlung nicht selbst innert einer medizinisch angemessenen Zeit zum Abschluss bringen können oder wenn sie über keinen geeigneten Spezialisten verfügt, bzw. die erforderliche medizinische Fachrichtung nicht anbietet.

Eine Überweisung erfolgt ohne Anspruch auf Mitbestimmung durch die versicherte Person oder ihren gesetzlichen Vertreter.

Artikel 13 – Ausnahmen

13.1 Ambulante Sprechstunden beim Augenarzt, Gynäkologen, Kinderarzt für Kinder sowie Geburten fallen nicht unter die Bestimmungen von Artikel 12.

13.2 Bei einem nachgewiesenen Notfall, der in der Schweiz oder im Ausland eingetreten ist, unterliegt die versicherte Person nicht den Verpflichtungen gemäss Artikel 12.

13.3 Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand einer Person als lebensbedrohlich eingeschätzt wird oder wenn die Notwendigkeit einer sofortigen Behandlung besteht.

13.4 Erfordert die notfallmässig erbrachte Leistung eine Nachbehandlung, so muss die versicherte Person die in Artikel 12 eingegangenen Verpflichtungen einhalten, sobald keine Notfallsituation mehr vorliegt.

Artikel 14 – Sanktionen

Verstösst die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter gegen ihre sich aus Artikel 12 der vorliegenden Versicherungsbedingungen ergebenden Pflichten, wird sie von Assura gemahnt. Bei jeder weiteren Pflichtverletzung innerhalb desselben Kalenderjahres wird die Kostenübernahme durch Assura abgelehnt.

Artikel 15 – Beitritt zum Assura Hausspital-Modell

15.1 Dem Assura Hausspital-Modell können ausschliesslich Personen beitreten, die in der Prämienregion wohnen, in der Assura dieses Modell anbietet.

15.2 Jede versicherte Person mit Wohnsitz in einer Prämienregion, in der Assura dieses Modell anbietet, kann dem Assura Hausspital-Modell jederzeit auf den ersten Tag des Folgemonats beitreten.

15.3 Im Falle einer laufenden Behandlung beim Eintritt ins Assura Hausspital-Modell muss die versicherte Person die Verpflichtungen im Sinne der Artikel 12 und 13.4 einhalten. Davon ausgenommen sind stationäre Eingriffe, die vor dem Eintritt ins Assura Hausspital-Modell geplant wurden, und die innert zwei Monaten nach Eintritt der versicherten Person ins Assura Hausspital-Modell stattfinden.

Artikel 16 – Austritt aus dem Assura Hausspital-Modell

16.1 Assura kann das Assura Hausspital-Modell jeweils auf das Ende eines Kalenderjahres ordentlich aufheben oder ändern. Im Falle einer Aufhebung wird die versicherte Person auf den 1. Januar des Folgejahres mit einer identischen Franchise in ein anderes von Assura angebotenes Versicherungsmodell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder in ein anderes Versicherungsmodell ihrer Wahl transferiert. Letzteres erfordert einen Antrag der versicherten Person. Die versicherte Person kann auch ihr Kündigungsrecht gemäss Artikel 7 KVG in Anspruch nehmen.

16.2 Im Falle einer ausserordentlichen Schliessung des Assura Hausspital-Modells wird die versicherte Person am Folgetag der Schliessung mit einer identischen Franchise in ein anderes von Assura angebotenes Versicherungsmodell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) oder in ein anderes Versicherungsmodell ihrer Wahl übernommen. Letzteres erfordert einen Antrag der versicherten Person.

16.3 Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz in eine Prämienregion, in der Assura das Hausspital-Modell

nicht anbietet, wird sie standardmässig in das Modell Basis (obligatorische Krankenpflegeversicherung) mit gleicher Franchise oder falls sie dies wünscht, in ein anderes von Assura angebotenes Versicherungsmodell übernommen.

16.4 Im Falle der Aufnahme in ein Pflegeheim, der Haft in einer Strafanstalt, eines Langzeitspitalaufenthalts oder einer ähnlichen Situation kann die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter bei Assura schriftlich beantragen, dass sie rückwirkend auf den 1. des Monats, in dem das Ereignis eingetreten ist, mit identischer Franchise, in das Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung), transferiert wird.

Artikel 17 – Datenbearbeitung

17.1 Prüfung des Versicherungsschutzes

Um den Versicherungsschutz der betroffenen Person zu prüfen, leitet Assura dem telemedizinischen Zentrum und den genehmigten Einrichtungen die zur Identifikation notwendigen Stammdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse) und die Versicherungsdeckung weiter. Die Gesundheitsdaten der versicherten Person sind jedoch von der Weiterleitung ausgenommen. Die Weiterleitung der zur Identifikation notwendigen Daten kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Lösung, die durch einen Dritten verwaltet wird.

17.2 Datenaustausch

17.2.1 Mit Abschluss des Assura Hausspital-Modells erklärt sich die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter damit einverstanden, dass Assura, das telemedizinische Zentrum, der Hausarzt sowie die genehmigten Einrichtungen die erforderlichen Behandlungsdaten unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen untereinander austauschen, um eine optimale Koordination im Rahmen des Assura Hausspital-Modells sicherzustellen.

17.2.2 Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ermächtigt insbesondere ihren Hausarzt sowie das telemedizinische Zentrum, die für die Behandlung notwendigen medizinischen Informationen an die genehmigte Einrichtung bzw. an deren Spezialisten zu übermitteln.

17.2.3 Um zu überprüfen, ob die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter die Versicherungsbedingungen des Assura Hausspital-Modells einhält, übermittelt das telemedizinische Zentrum Assura die für eine solche Überprüfung notwendigen Daten, insbesondere die Liste der Konsultationen, Überweisungen und den für die Folgebehandlung bestimmten Zeitraum. Zum gleichen Zweck übermittelt die genehmigte Einrichtung Assura die Liste der Konsultationen und Überweisungen an andere Leistungserbringer bzw. an Spezialisten ausserhalb der genehmigten Einrichtung.

17.2.4 Die Telefongespräche werden vom telemedizinischen Zentrum aufgezeichnet, archiviert und gemäss den gesetzlichen Vorschriften vernichtet. Im Streitfall können die Aufzeichnungen als Beweismittel dienen und gegebenenfalls vor Gericht verwendet werden. Assura verfügt ohne entsprechende Vollmacht durch die versicherte Person über keinen direkten Zugriff auf diese Informationen.

17.2.5 Die vorgesehene Übermittlung von Daten zwischen Assura und dem telemedizinischen Zentrum sowie zwischen Assura und den genehmigten Einrichtungen kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Plattform, die von einem Dritten verwaltet wird.

17.3 Datenverarbeitung durch Assura

Assura bearbeitet nur die Daten, die notwendig sind, um die Prämien zu berechnen und einzukassieren, das Anrecht auf Versicherungsleistungen zu evaluieren, Rückerstattungsanträge für Leistungen zu bearbeiten, die Einhaltung des Assura Hausspital-Modells zu überprüfen, Regressansprüche gegen haftpflichtige Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen.

Artikel 18 – Verantwortung

Assura übernimmt keine medizinische Verantwortung.

Dritter Titel - Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2027 in Kraft.

Assura-Basis AG