

## Besondere Versicherungsbedingungen

# Obligatorische Krankenpflegeversicherung Modell QualiMed

### Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das QualiMed-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 QualiMed-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.

Für weitere Bestimmungen über dieses Versicherungsmodell und den Bei- und Austritt der Versicherten wird auf Art. 41 Abs. 4 KVG, Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG, Art. 99 bis 101 KVV sowie auf die allgemeinen Grundsätze des KVG und dessen Verordnungen verwiesen.

Mit der Wahl des QualiMed-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 auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit von der Franchise befreit.

##### Artikel 3 – Selbstbehalt

3.1 Die versicherte Person beteiligt sich zu 10 Prozent 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 den Leistungen bei Mutterschaft wird kein Selbstbehalt erhoben.

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

##### Artikel 4 – Kostenbeteiligung bei Familien und bei Beitritt im Verlaufe des Jahres

4.1 Sind mehrere Kinder einer Familie bei der 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. Wurden weder Franchise noch Selbstbehalt in Rechnung gestellt, erfolgt eine Anrechnung 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 des folgenden Kapitels 3.

##### Artikel 6 – Stationärer Aufenthalt in der Privatabteilung eines Spitals oder einer Klinik

Lässt sich eine versicherte Person in der Privatabteilung einer im Sinne des KVG in der kantonalen Spitalliste aufgeführten Spzialeinrichtung behandeln, erbringt Assura Leistungen nach Massgabe des Tarifs der allgemeinen Abteilung einer im Sinne des KVG in der kantonalen Spitalliste aufgeführten angemessenen Spzialeinrichtung des Wohnkantons der versicherten Person.

## Artikel 7 – Wahl der Spzialeinrichtung

Die versicherte Person muss sich in einer für die benötigten Pflegeleistungen geeigneten Spzialeinrichtung behandeln lassen. Andernfalls werden die Leistungen nach dem für die Behandlung massgebenden Tarif einer im Sinne des KVG in der kantonalen Spitalliste aufgeführten angemessenen Spzialeinrichtung des Wohnkantons der versicherten Person berechnet.

## Artikel 8 – Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthaltes

8.1 Der tägliche Beitrag zulasten der versicherten Person an die Kosten eines Spitalaufenthaltes beträgt CHF 15.

8.2 Keinen Beitrag zu entrichten haben:

- a) Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung im Sinne von Art. 61 Abs. 3 KVG;
- b) Frauen für spezifische Mutterschaftsleistungen;
- c) Frauen ab der 13. Schwangerschaftswoche bis acht Wochen nach der Niederkunft für allgemeine Leistungen.

## Artikel 9 – Persönliche Auslagen

Die Kosten für die Miete von Radio- oder Fernsehgeräten, für Telefongespräche, zusätzliche Getränke usw. werden von Assura nicht übernommen.

## Artikel 10 – Mutterschaft

Assura übernimmt bei Schwangerschaft und Geburt die gleichen Leistungen wie bei Krankheit und zusätzlich oder mindestens:

- a) die Kosten für 7 Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft sowie 1 Kontrolluntersuchung zwischen der 6. und 10. Woche nach der Geburt ohne Erhebung von Franchise und Selbstbehalt;
- b) die Kosten für die Geburtshilfe durch einen Arzt oder eine Hebamme im Falle einer Entbindung zu Hause sowie für das hierzu benötigte Material;
- c) einen Kostenbeitrag für einen von Hebammen durchgeführten Einzel- oder Gruppenkurs zur Geburtsvorbereitung;
- d) die Kosten für maximal 3 notwendige Stillberatungssitzungen;
- e) die Kosten für die Behandlung und den Spitalaufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich zusammen mit seiner Mutter im Spital aufhält.

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

## Artikel 11 – Badekuren

Die Assura gewährt einen Beitrag von CHF 10 pro Tag während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr an die Kosten ärztlich verordneter Badekuren.

## Artikel 12 – Zahnärztliche Behandlungen

Assura übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese durch eine schwere Erkrankung des Kausystems oder durch eine schwere Allgemeinerkrankung im Sinne der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 29. September 1995 bedingt ist.

## Artikel 13 – Transport- und Rettungskosten

13.1 Assura übernimmt 50% der medizinisch indizierten und der medizinischen Situation angepassten Transportkosten. Der Höchstbetrag pro Kalenderjahr beläuft sich auf CHF 500.

13.2 Assura übernimmt 50% der Rettungskosten in der Schweiz, aber höchstens CHF 5'000 pro Kalenderjahr.

## Artikel 14 – Sehhilfen

Assura beteiligt sich bis zum vollendeten 18. Lebensjahr der versicherten Person an den Kosten für ärztlich verordnete Brillengläser oder Kontaktlinsen. Der Umfang richtet sich nach Anhang 2 KLV. Vorbehalten bleiben die in Anhang 2 KLV genannten Spezialfälle.

## Artikel 15 – Prävention

Zusätzlich zu den Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung dienen, übernimmt Assura die Kosten für Massnahmen der medizinischen Prävention gemäss Kapitel 3, Art. 12 KLV.

## Artikel 16 – Nicht versicherte Risiken

Die Kosten für Erwerb oder Miete von Apparaten, orthopädischen Hilfsmitteln und Prothesen, welche nicht obligatorische Leistungen im Sinne des Gesetzes darstellen, sowie Luft-, Höhen- und Erholungskuren werden nicht vergütet.

## Artikel 17 – Leistungsdauer

Ambulante und stationäre Behandlungen werden zu den durch das KVG festgelegten Bedingungen zeitlich unbeschränkt übernommen.

## Kapitel 2 - Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Wahlfranchisen

### Artikel 18 – Anwendbares Recht

Unter Vorbehalt der nachstehenden Artikel sind die Bestimmungen des ersten Titels sowie des ersten Kapitels des zweiten Titels anwendbar.

### Artikel 19 – Zweck

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

## Artikel 20 – Wahlfranchise

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

20.2 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.

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

## Artikel 21 – Bei- und Austritt, Wechsel der Franchise

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

21.2 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.

21.3 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 – Das QualiMed-Modell

### Artikel 22 – Die Akteure

#### 22.1 Hausärzte

22.1.1 Hausärzte im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind Ärzte, die zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung zugelassen und auf der Liste der Hausärzte auf der Internetseite von Assura eingetragen sind.

22.1.2 Beim Abschluss des QualiMed-Modells wählt die versicherte Person auf der Internetseite von Assura einen Hausarzt aus und teilt Assura ihre Wahl mit. Dieser kann anschliessend nur noch mit dem Einverständnis von Assura geändert werden.

#### 22.2 Spezialisten

Spezialisten im Sinne der vorliegenden Versicherungsbedingungen sind Ärzte mit einer anerkannten Zusatzausbildung in einem medizinischen Fachgebiet.

### Artikel 23 - Unsere Partner

#### 23.1 Der Telemedizin-Anbieter

23.1.1 Der von Assura ausgewählte Telemedizin-Anbieter erbringt medizinische Beratungen und Fernuntersuchungen. Seine Kontaktangaben sind auf der Internetseite von Assura aufgeführt. Er zeigt der versicherten Person den geeigneten Behandlungsweg auf, dem diese folgen muss.

23.1.2 Von einem Arzt erbrachte Fernuntersuchungen werden gemäss den Bestimmungen des KVG übernommen und gegenüber Assura nach dem Prinzip des Tiers-Payant verrechnet.

#### 23.2 Die neutrale Instanz

23.2.1 Die von Assura bestimmte und im Internet aufgeführte neutrale Instanz ist ein Beratungsdienst, der auf die individuelle Auswahl der geeigneten Ärzte spezialisiert ist.

23.2.2 Die Liste der Spezialisierungen für die die versicherte Person an die neutrale Instanz gelangen muss, ist auf der Internetseite von Assura abrufbar. Ausserdem erhält die versicherte Person sie zusammen mit der Versicherungspolice.

23.2.3 Diese Liste kann von Assura jederzeit einseitig geändert werden. In einem solchen Fall wird die versicherte Person schriftlich informiert. Sie kann innerhalb von 30 Tagen einen Wechsel zu einem anderen Grundversicherungsmodell von Assura mit gleicher Franchise beantragen.

23.2.4 Der Einsatz der neutralen Instanz und die Suche nach den geeigneten Spezialisten werden der versicherten Person nicht verrechnet.

### Artikel 24 – Pflichten der versicherten Person

#### 24.1 Vor einer medizinischen Behandlung

24.1.1 Die versicherte Person oder ihr gesetzlicher Vertreter verpflichtet sich, sich bei gesundheitlichen Problemen oder vor einer Präventionsleistung an den Telemedizin-Anbieter oder an den Hausarzt zu wenden, den sie ausgewählt und Assura mitgeteilt hat.

24.1.2 Vorbehalten bleiben die in Artikel 25 aufgeführten Bestimmungen für Notfälle und Ausnahmen.

#### 24.2 Konsultation beim Telemedizin-Anbieter

24.2.1 Stellt der Telemedizin-Anbieter fest, dass die versicherte Person einen Allgemeinarzt aufsuchen muss, so wendet diese sich an den Hausarzt, den sie ausgewählt hat, und befolgt den in Artikel 24.3 beschriebenen Prozess.

24.2.2 In den restlichen Fällen erbringt der Telemedizin-Anbieter eine medizinische Beratung oder zeigt der versicherten Person den geeigneten Behandlungsweg auf, dem diese folgen muss. Der Telemedizin-Anbieter legt dabei in erster Linie fest, welche Leistungserbringer/Spezialisten die versicherte Person konsultieren soll. Vorbehalten bleibt eine Konsultation der neutralen Instanz (siehe Artikel 24.2.3).

**24.2.3 Falls die versicherte Person einen Spezialisten konsultieren muss, dessen Spezialisierung auf der Internetseite von Assura aufgelistet ist, weist der Telemedizin-Anbieter sie darauf hin, dass sie sich an die neutrale Instanz wenden muss. Diese unterbreitet der versicherten Person eine Auswahl von drei Spezialisten. Die neutrale Instanz spricht ihre Empfehlungen auf der Basis der vom Telemedizin-Anbieter erhaltenen Angaben aus. Die versicherte Person ist verpflichtet, einen der von der neutralen Instanz empfohlenen Spezialisten zu konsultieren, bevor sie weitere Schritte unternimmt.**

24.2.4 Sollte sich herausstellen, dass die versicherte Person wegen des gleichen Leidens einen anderen Leistungserbringer und/oder einen anderen Spezialisten aufsuchen muss, so muss sie vor der Konsultation wieder mit dem Telemedizin-Anbieter Kontakt aufnehmen, um den Verlauf der Behandlung auf den neuesten Stand zu bringen.

## 24.3 Konsultation des Hausarztes

24.3.1 Der Hausarzt behandelt die versicherte Person und entscheidet, ob er den weiteren Verlauf der Behandlung selber übernimmt oder ob er die versicherte Person an einen Spezialisten überweist.

24.3.2 Spezialist, dessen Spezialisierung in der Liste von Assura eingetragen ist:

24.3.2.1 Muss die versicherte Person einen Spezialisten aufsuchen, dessen Spezialisierung auf der Internetseite von Assura aufgeführt ist, so muss sie zuvor die neutrale Instanz konsultieren, um die Empfehlung von drei Spezialisten einzuholen.

**24.3.2.2 Dafür benötigt die versicherte Person von ihrem Hausarzt eine Kopie des Patientendossiers. Diese leitet sie an die neutrale Instanz weiter. Die neutrale Instanz spricht ihre Empfehlungen auf der Grundlage der von der versicherten Person erhaltenen Angaben aus. Sollten sich dabei Fragen ergeben, die tiefer greifende Abklärungen erfordern, so ist die versicherte Person verpflichtet, proaktiv mitzuarbeiten. Ferner muss sie einen der drei von der neutralen Instanz empfohlenen Spezialisten konsultieren, bevor sie weitergehende Schritte unternimmt.**

24.3.2.3 Sollte sich herausstellen, dass die versicherte Person wegen des gleichen Leidens einen anderen Spezialisten aufsuchen muss, dessen Spezialisierung auf der Liste von Assura aufgeführt ist, so muss sie vor jedem weiteren Schritt, insbesondere vor jeder weiteren Konsultation, wieder mit der neutralen Instanz Kontakt aufnehmen.

24.3.3 Spezialist, dessen Spezialisierung nicht auf der Liste von Assura aufgeführt ist, oder anderer Leistungserbringer: Muss die versicherte Person einen Spezialisten, dessen Spezialisierung nicht auf der Liste von Assura aufgeführt ist, oder einen anderen Leistungserbringer konsultieren, so bittet sie den Hausarzt, einen vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Überweisungsschein auszustellen. Diesen Überweisungsschein fügt sie der Rechnung des Leistungserbringers oder des Spezialisten bei.

## 24.4 Generika

Die versicherte Person ist damit einverstanden, dass Originalpräparate durch Generika ersetzt werden, sofern diese günstiger sind und das Originalmedikament aus medizinischen Gründen nicht unbedingt notwendig ist.

## 24.5 Sanktionen

24.5.1 Hält die versicherte Person sich trotz einer ersten Mahnung nicht an die in Artikel 24 und 25 eingegangenen Verpflichtungen, so verliert sie ihren Leistungsanspruch gegenüber Assura. Gegenüber Versicherten mit dem QualiMed-Modell wird während der Versicherungsdauer nur diese eine Mahnung ausgesprochen.

24.5.2 Bis zum Mahnungsdatum entstandene Behandlungskosten von Versicherten, die gegen die in Artikel 24 und 25 eingegangenen Verpflichtungen verstossen, werden von Assura gemäss den Bestimmungen des KVG übernommen.

## Artikel 25 – Ausnahmen

25.1 Ambulante Sprechstunden beim Augenarzt, Kinderarzt für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr oder Gynäkologen fallen nicht unter die Bestimmungen von Artikel 24.

25.2 Bei nachgewiesenen Notfällen kann die versicherte Person sich an einen Leistungserbringer oder an einen Spezialisten wenden, ohne sich zuvor den Telemedizin-Anbieter, den Hausarzt oder gegebenenfalls die neutrale Instanz zu kontaktieren. Erfordert die notfallmässig erbrachte Leistung eine Nachbehandlung, so muss die versicherte Person die Bestimmungen von Artikel 24 einhalten.

## Artikel 26 – Beitritt zum QualiMed-Modell

26.1 Dem QualiMed-Modell können alle Personen beitreten, die in der Prämienregion eines Kantons wohnen, in der Assura dieses Modell anbietet.

26.2 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einer Prämienregion, in der Assura das QualiMed-Modell anbietet und die über die ordentliche Krankenpflegeversicherung sowie die ordentliche Franchise von CHF 300 für Erwachsene und/oder junge Erwachsene und von CHF 0 für Kinder verfügt, kann dem QualiMed-Modell jederzeit beitreten.

## Artikel 27 – Austritt aus dem QualiMed-Modell

27.1 Assura kann das QualiMed-Modell unter Einhaltung einer Ankündigungsfrist von zwei Monaten jeweils per Ende eines Kalenderjahres aufheben. Die versicherte Person wird auf den 1. Januar des Folgejahres mit einer identischen Franchise in die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder in ein anderes Grundversicherungsmodell übernommen. Letzteres erfordert einen Antrag der versicherten Person. Die versicherte Person kann auch ihr Kündigungsrecht gemäss Art. 7 KVG in Anspruch nehmen.

27.2 Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz in eine Prämienregion, in der Assura das QualiMed-Modell nicht anbietet, wird sie automatisch mit der gleichen Franchise in die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen.

27.3 Falls die Koordination durch den Telemedizin-Anbieter oder der Kontakt zur neutralen Instanz aus Gründen, die bei der versicherten Person liegen (etwa Aufnahme in einem Pflegeheim) nicht mehr möglich ist, hat Assura das Recht, die versicherte Person unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist vom QualiMed-Modell auszuschliessen. Sie wird automatisch mit der gleichen Franchise in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufgenommen.

## Artikel 28 – Datenbearbeitung

### 28.1 Prüfung der Versicherungsdeckung

Um die Deckung der versicherten Person zu prüfen, leitet Assura dem Telemedizin-Anbieter und der neutralen Instanz ihre zur Identifikation notwendigen Daten (Stammdaten und Deckung) weiter. Davon ausgenommen sind ihre Gesundheitsdaten.

## 28.2 Datenbearbeitung 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, Regressansprüche gegen Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen.

## 28.3 Datenaustausch

28.3.1 Die versicherte Person erlaubt Assura und ihren Partnern (Telemedizin-Anbieter und neutrale Instanz), die für eine optimale medizinische Behandlung und für die Koordination des QualiMed-Modells notwendigen Daten auszutauschen. Dabei werden die geltenden Gesetze und Vorschriften zum Datenschutz eingehalten.

28.3.2 Die versicherte Person erlaubt dem Telemedizin-Anbieter, der neutralen Instanz die notwendigen medizinischen Informationen weiterzuleiten, damit diese eine gute Beratungsgrundlage erhält und mit ihrer Arbeit die medizinische Behandlung optimieren kann. Zum gleichen Zweck erlaubt die versicherte Person der neutralen Instanz, diese Daten zu bearbeiten und sie an den ausgewählten Spezialisten weiterzuleiten. Zur Bearbeitung der Daten der versicherten Person durch die neutrale Instanz ist ihre ausdrückliche Einwilligung notwendig. Diese muss durch vorgängig durch die neutrale Instanz eingeholt werden.

28.3.3 Die versicherte Person erlaubt dem Telemedizin-Anbieter, die Liste aller von ihm erbrachten Konsultationen und gegebenenfalls die ausgestellten Überweisungsscheine an Assura weiterzuleiten. So kann Assura die Einhaltung der Pflichten der versicherten Person und die Fakturierung überwachen.

28.3.4 Die versicherte Person erlaubt der neutralen Instanz, die Empfehlung des Spezialisten, den sie ausgewählt hat, an Assura weiterzuleiten. So kann Assura die Einhaltung der Pflichten der versicherten Person und die Fakturierung überwachen. Die neutrale Instanz übergibt Assura regelmässig einen anonymisierten Tätigkeitsbericht, der statistischen Zwecken dient und nachweist, ob das QualiMed-Modell den Bedürfnissen entspricht.

## 28.4 Gesprächsaufzeichnung des Telemedizin-Anbieters

Die Beratungsgespräche und die Fernkonsultationen des Telemedizin-Anbieters werden durch diesen aufgezeichnet und archiviert. Bei Streitigkeiten können die Aufzeichnungen als Beweismittel verwendet und nötigenfalls vor den juristischen Instanzen zum Beweis herangezogen werden. Assura verfügt jedoch ohne entsprechende Vollmacht durch die versicherte Person über keinen direkten Zugriff auf diese Informationen.

## Artikel 29 – Verantwortung

Assura übernimmt keine medizinische Verantwortung.

## Dritter Titel – Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2021 in Kraft.

## Assura-Basis AG