

Inhaltsverzeichnis

I	Einleitung	1
1.1	Welche Rechtsgrundlage gilt für diese Versicherung?	1
1.2	Welchen Zweck hat diese Versicherungsform?	1
II	Versicherungsschutz	1
2.1	Wer kann diese Versicherung abschliessen?	1
2.2	Was ist bei Krankheit versichert?	1
2.3	Wie ist der Versicherungsschutz bei Unfall?	1
2.4	Kann ich die Unfalldeckung sistieren?	1
III	Leistungsabwicklung	2
3.1	Wie wähle ich meinen Hausarzt aus?	2
3.2	Wie funktioniert das Hausarztssystem?	2
3.3	Welche Ausnahmen gelten?	2
3.4	Welches Leistungsangebot besteht?	2
3.5	Wie werden Leistungen abgerechnet?	2
3.6	Welche Verhaltensregeln habe ich im Schadenfall?	2
IV	Allgemeine Bestimmungen	2
A	Versicherungsdauer	2
4.a.1	Wann kann ich dem Hausarztssystem beitreten?	2
4.a.2	Wann ist das Versicherungsverhältnis beendet?	2
4.a.3	Wann ist ein Wechsel des Hausarztes möglich?	2
4.a.4	Wann kann ich aus dem Hausarztssystem austreten?	2
4.a.5	Wie kann ich den Versicherer wechseln?	2
4.a.6	Welche Ansprüche gelten nach dem Austritt noch?	3
4.a.7	Kann ich die Versicherung sistieren?	3
B	Prämie	3
4.b.1	Gibt es einen Prämienrabatt?	3
4.b.2	Wie werden Prämien berechnet?	3
4.b.3	Welche Altersgruppen gibt es?	3
4.b.4	Wann und wie wird die Prämie angepasst?	3
4.b.5	Was ist eine Kostenbeteiligung?	3
4.b.6	Welche Regelung gilt für die Kostenbeteiligung?	3
4.b.7	Was passiert, wenn nicht termingerecht bezahlt wird?	4
4.b.8	Können Prämien mit Leistungen verrechnet, Leistungen abgetreten oder verpfändet werden?	4
C	Datenschutz	4
4.c.1	Wer hat Recht auf Akteneinsicht?	4
4.c.2	Welche Angaben werden mitgeteilt?	4
D	Mitteilungen	4
4.d.1	Wie werde ich informiert?	4
E	Pflichten des Versicherten	4
4.e.1	Welche Pflichten habe ich als Versicherter beim Abschluss?	4
4.e.2	Welche Pflichten habe ich als Versicherter während der Versicherungsdauer?	4
4.e.3	Welche Pflichten habe ich, wenn ich den Arzt wechsle?	4
4.e.4	Was muss ich dem Versicherer melden?	5
4.e.5	Was passiert, wenn ich meine Mitwirkungspflicht verletze?	5
F	Subsidiarität, Vorleistung sowie Leistungen Dritter	5
4.f.1	Was gilt bei mehrfacher Versicherungsdeckung und Leistungen Dritter?	5
4.f.2	Wozu dient eine Verfügung?	5
4.f.3	Wann erlöschen meine Ansprüche?	5
G	Schlussbestimmungen	
4.g.1	Können diese Versicherungsbedingungen geändert werden?	5

I Einleitung

1.1 Welche Rechtsgrundlage gilt für diese Versicherung?

Auf diese Versicherung sind gemäss nachstehender Reihenfolge folgende Grundlagen anwendbar:

- a) Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) mit allen Verordnungen
- b) Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)
- c) Krankenversicherungs-Aufsichtsgesetz (KVAG) mit allen Verordnungen
- d) Tarifverträge
- e) Versicherungspolice
- f) Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB).

1.2 Welchen Zweck hat diese Versicherungsform

Das Hausarztssystem verfolgt nachstehende Ziele:

- Stärkung einer eigenverantwortlichen, gesunden Lebensweise der Versicherten;
- Förderung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten;
- Koordination aller Gesundheitsfragen durch den gewählten Hausarzt;
- Eigenverantwortung des Versicherten.

Durch die ganzheitliche Betreuung und Beratung des Hausarztes wird einerseits die Qualität der Leistungen gesteigert und gleichzeitig werden spürbare medizinische Behandlungen erzielt, welche in Form von Prämienrabatten an die Versicherten weiter gegeben werden. Der Versicherte erklärt sich dafür bereit, bei einem gesundheitlichen Problem vorgängig den Hausarzt zu konsultieren (Ausnahme Augenarzt, Frauenarzt, Zahnarzt).

II Versicherungsschutz

2.1 Wer kann diese Versicherung abschliessen?

Das Hausarztssystem steht im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen allen interessierten Personen offen, die ihren Wohnsitz in denjenigen Gebieten haben, in denen der Versicherer diese Versicherungsform anbietet.

Der antragstellende Versicherte hat das vom Versicherer zur Verfügung gestellte Antrags- und Frageformular vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen.

2.2 Was ist bei Krankheit versichert?

Der Versicherer übernimmt bei Krankheit die Kosten für die ambulante oder stationäre Behandlung des Versicherten. Die Leistungen richten sich nach dem KVG.

2.3 Wie ist der Versicherungsschutz bei Unfall?

Der Versicherer übernimmt bei Unfällen gemäss KVG die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Leistungen werden bei Unfällen gewährt, soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt.

2.4 Kann ich die Unfalldeckung sistieren?

Wenn der Versicherte nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch für dieses Risiko voll gedeckt

ist, kann die Unfallddeckung sistiert werden. Der Versicherer veranlasst das Ruhen auf Antrag des Versicherten, wenn dieser nachweist, dass er voll nach dem UVG versichert ist. Die Prämie wird entsprechend herabgesetzt. Der Antrag hat in schriftlicher Form zu erfolgen. Die Sistierung beginnt frühestens am ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats. Die Unfälle müssen gemäss KVG versichert werden, sobald die Unfallddeckung nach dem UVG ganz oder teilweise wegfällt. Der Versicherer übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei ihm versichert waren.

III Leistungsabwicklung

3.1 *Wie wähle ich meinen Hausarzt aus?*

Die Versicherten schränken sich bei der Wahl des Hausarztes freiwillig ein, indem sie einen Hausarzt aus der ihnen zugestellten Liste des Versicherers auswählen und ihrer Krankenversicherung bekannt geben. Der Versicherer informiert den Hausarzt entsprechend.

3.2 *Wie funktioniert das Hausarztssystem?*

Für die ambulante und stationäre Behandlung sowie die Verordnung zum Bezug von Medikamenten und Hilfsmitteln ist, sofern diese Versicherungsbedingungen nichts anderes vorsehen, immer zuerst der Hausarzt beizuziehen. Er weist den Versicherten bei Bedarf Spezialisten oder medizinischen Hilfspersonen zu oder veranlasst stationäre Leistungen.

3.3 *Welche Ausnahmen gelten?*

- Notfallbehandlungen sind im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung gedeckt, unabhängig davon, ob die Behandlung durch den Hausarzt oder einen Notfallarzt erfolgt. Vorbehalten bleibt die Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit durch den Hausarzt oder den Vertrauensarzt.
- Frauen- und augenärztliche Untersuchungen und Behandlungen sowie die geburtshilfliche Betreuung können direkt bei Frauen- und Augenärzten durchgeführt werden. Für operative Eingriffe ist vorgängig mit dem Hausarzt Rücksprache zu nehmen.

3.4 *Welches Leistungsangebot besteht?*

Unter Vorbehalt der eingeschränkten Arztwahl garantiert das Hausarztssystem im Übrigen sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung gemäss KVG. Für darüber hinausreichende Leistungen können beim Versicherer Zusatzversicherungen gemäss separaten Bestimmungen beantragt werden.

3.5 *Wie werden Leistungen abgerechnet?*

Der Versicherer rechnet - vorbehaltlich anderslautender Regelungen in den Tarifverträgen - direkt mit dem Versicherten ab, selbst wenn er auf vertraglicher oder freiwilliger Basis gegenüber Rechnungsstellern Kostengutsprachen oder Garantien abgegeben hat.

3.6 *Welche Verhaltensregeln habe ich im Schadenfall?*

Der Versicherte hat die ärztlichen Anordnungen (z.B. Bettruhe, Medikamenteneinnahme, Therapien, usw.) gewissenhaft zu befolgen und alles zu unterlassen, was die Genesung gefährdet oder verzögert.

Der Versicherte darf den Arzt nicht zu unnötigen oder unwirtschaftlichen Behandlungen oder Abklärungen veranlassen (z.B. unnötige Hausbesuche, stationäre statt ambulante Behandlungen, unnötige Arztwechsel mit Doppelabklärungen).

IV Allgemeine Bestimmungen

A Versicherungsdauer

4.a.1 *Wann kann ich dem Hausarztssystem beitreten?*

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter versichern lassen. Bei rechtzeitigem Beitritt eines Versicherten (Art. 3 KVG) beginnt die Versicherung mit der Geburt oder der Wohnsitznahme im Tätigkeitsbereich des Versicherers.

Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung zum Zeitpunkt des Beitritts. Die Erhebungsdauer für einen Prämienzuschlag bei verspätetem, unentschuldigbarem Beitritt nach Art. 5 Abs. 2 KVG entspricht rückwirkend höchstens fünf Jahren. Der Prämienzuschlag beträgt bis 50% der Prämie und wird als Zuschlag zu den monatlichen Prämien erhoben. Der Versicherer setzt den Zuschlag nach der finanziellen Lage des Versicherten fest.

Der Beitritt oder Wechsel von der ordentlichen Krankenpflege-Versicherung zum Hausarztssystem ist jederzeit auf den 1. des dem Antrag folgenden Monats möglich.

Der Versicherte muss einen Antrag auf Abschluss des Hausarztsystems stellen.

4.a.2 *Wann ist das Versicherungsverhältnis beendet?*

- durch Wechsel des Versicherers
- durch definitiven Wegzug ins Ausland bei Wegfall der Versicherungspflicht
- bei Ableben.

4.a.3 *Wann ist ein Wechsel des Hausarztes möglich?*

Ein Wechsel des Hausarztes ist nur schriftlich an den Versicherer unter Beachtung einer Mitteilungsfrist von 3 Monaten auf das Ende eines Semesters (30.6. oder 31.12) möglich.

In folgenden Fällen können die Versicherten ohne Einhaltung einer Mitteilungsfrist zu einem anderen Hausarzt wechseln:

- bei Wohnsitzwechsel des Versicherten (mind. 10 km vom Hausarzt weg);
- bei Verlegung der Hausarztpraxis in eine andere politische Gemeinde;
- bei Zerwürfnis zwischen Versichertem und gewähltem Hausarzt, jedoch nur unter Zustimmung des bisherigen Hausarztes des Versicherten;
- bei Ausscheiden des Hausarztes aus dem Hausarztssystem.

4.a.4 *Wann kann ich aus dem Hausarztssystem austreten?*

Der Versicherte kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist aus dem Hausarztssystem auf den 30.6. und 31.12. austreten.

Ein vorzeitiger Austritt aus dem Hausarztssystem ist jederzeit möglich:

- wenn der Versicherte bei Wohnsitzwechsel in eine Region zieht, in der der Versicherer das Hausarztssystem nicht betreibt;
- bei Verzicht des Versicherers auf den Betrieb des Hausarztsystems.

Bei Ereignissen gemäss Abs. 2 wird der Versicherte vom Versicherer informiert. Der Versicherer kann nicht haftbar gemacht werden, wenn der Versicherte keinen Hausarzt mehr auswählen kann.

4.a.5 *Wie kann ich den Versicherer wechseln?*

Der Versicherte kann den Versicherer auf Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist wechseln. Vorbehalten bleiben die speziellen Regelungen gemäss Art. 7 KVG für die Versicherungen mit wählbaren

Franchisen und Art. 64a Abs. 4 KVG für Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen.

Bei einer Prämienänderung kann unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist die Versicherung auf Ende des Monats gekündigt werden, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorausgeht. Der Versicherer muss die neuen Prämien mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen.

Führt der Versicherer die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung.

Das Versicherungsverhältnis endet beim Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer in der Schweiz mitgeteilt hat, dass der Versicherte bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Unterlässt der neue Versicherer diese Mitteilung, so hat er dem Versicherten den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämien Differenz. Sobald der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten hat, informiert er die betreffende Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist.

Ist der Versicherte mit den Prämien bzw. Kostenbeteiligungen in Verzug, so kann er gemäss Art. 64a KVG den Versicherer nicht wechseln.

4.a.6 Welche Ansprüche gelten nach dem Austritt noch?

Nach Beendigung der Mitgliedschaft hat der Versicherte gegenüber dem Versicherer, abgesehen von ausstehenden Versicherungsleistungen, keine rechtlichen Ansprüche.

Ausstehende Beträge wie z.B. Selbstbehalte hat der Versicherte noch zu begleichen. Zu Unrecht bezogene Leistungen muss er dem Versicherer zurückzahlen.

Der Versicherte hat keine Ansprüche auf das Vermögen des Versicherers.

4.a.7 Kann ich die Versicherung sistieren?

Die Versicherung wird auf Meldung des Versicherten hin sistiert, wenn der Versicherte während mehr als 60 aufeinander folgender Tage dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG) unterstellt war.

Der Versicherte hat dem Versicherer einen Nachweis über die tatsächliche Dauer der Unterstellung zu erbringen. Die für die Dauer der Sistierung bezahlten Prämien werden vom Versicherer zurückbezahlt bzw. verrechnet.

B Prämie

4.b.1 Gibt es einen Prämienrabatt?

Der Versicherer gewährt einen Rabatt auf die Prämie der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif.

4.b.2 Wie werden Prämien berechnet?

Die Höhe der Beiträge wird nach Altersgruppen, Kantonen und Regionen abgestuft.

Unabhängig vom Gesundheitszustand sind die Prämien im Voraus zu zahlen.

Bei Eintritt sind die Prämien ab dem effektiven Versicherungsbeginn auf den Tag genau geschuldet. Im Austritts- oder Todesmonat ist die Prämie für die Zeit nach dem effektiven Austritt resp. nach dem Todestag nicht mehr geschuldet und wird zurückerstattet.

Der Krankenversicherer kann die Prämien für besondere Versicherungsformen nach Art. 62 KVG (wie z.B. frei wählbare

Jahresfranchise, alternative Versicherungsmodelle) vermindern.

4.b.3 Welche Altersgruppen gibt es?

Es bestehen folgende Altersgruppen:

Altersgruppe 1 „Kinder“	bis 18.	Altersjahr;
Altersgruppe 2 „Jugendliche“	19. - 25.	Altersjahr;
Altersgruppe 3 „Erwachsene“	ab 26.	Altersjahr.

Beitragsrechtlich ist das tatsächliche Alter massgebend.

4.b.4 Wann und wie wird die Prämie angepasst?

Auf den 1. Januar nach dem vollendeten 18. Altersjahr werden „Kinder“ in die Altersgruppe 2 „Jugendliche“ umgeteilt; ab dem 26. Altersjahr werden „Jugendliche“ in die Altersgruppe 3 „Erwachsene“ umgeteilt.

4.b.5 Was ist eine Kostenbeteiligung?

Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen für ambulante sowie für stationäre Behandlungen.

4.b.6 Welche Regelung gilt für die Kostenbeteiligung?

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

Die ordentliche Kostenbeteiligung besteht aus:

- a) einem festen Jahresbetrag (Franchise) von CHF 300.00 und
- b) zehn Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts beläuft sich auf CHF 700.00.

Die Franchise und der Selbstbehalt werden pro Kalenderjahr erhoben, massgebend ist das Behandlungsdatum.

Für Kinder wird keine Franchise erhoben und es gilt die Hälfte des Höchstbetrages des Selbstbehaltes.

Sind mehrere Kinder einer Familie beim Versicherer versichert, so sind für sie zusammen höchstens die maximale Kostenbeteiligung für eine erwachsene Person zu entrichten.

Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital nach Art. 64 Abs. 5 KVG beträgt CHF 15.00.

Keinen Beitrag haben zu entrichten:

- a) Kinder und junge Erwachsene bis zur Vollendung des 25. Altersjahres, sofern diese in Ausbildung sind;
- b) Frauen für Leistungen bei Mutterschaft.

Die Kosten für die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen gelten als Krankheitskosten und unterliegen der Kostenbeteiligungspflicht der Versicherten.

Vorbehalten bleiben die Leistungen, für welche das Departement des Innern (EDI) kraft Verordnung eine höhere Kostenbeteiligung für bestimmte Leistungen (Art. 64 Abs. 6 lit. a KVG) vorsehen kann, oder aber eine herabgesetzte oder aufgehobene Kostenbeteiligung für die Dauerbehandlungen (Art. 64 Abs. 6 lit. b KVG) sowie für Behandlungen schwerer Krankheiten einführen kann.

Der Versicherte kann gegen eine Reduktion der Prämie eine höhere Kostenbeteiligung (wählbare Franchise) wählen.

Die wählbaren Franchisen betragen für Erwachsene und Jugendliche CHF 500.00, 1000.00, 1500.00, 2000.00, 2500.00, für Kinder CHF 300.00, 600.00.

Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

Bei Prämienanpassungen unter dem Jahr kann ein Wechsel zu einem anderen Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht, erfolgen.

Bei einem unterjährigen Wechsel gemäss Art. 7 Abs. 1 bis 4 KVG behält der Versicherte die beim bisherigen Versicherer gewählte Franchise, sofern der übernehmende Versicherer diese Versicherungsform führt. Der neue Versicherer rechnet die in diesem Jahr bereits in Rechnung gestellte Franchise und den Selbstbehalt an.

Von der Kostenbeteiligung ausgenommen sind spezielle Leistungen bei Mutterschaft gemäss Art. 29 Abs.2 KVG. Bei Krankheit ab der 13. Schwangerschaftswoche bis 8 Wochen nach der Geburt ist keine Kostenbeitilgung zu entrichten.

4.b.7 Was passiert, wenn nicht termingerecht bezahlt wird?

Kommt der Versicherte seiner Zahlungspflicht nicht nach, so wird er schriftlich aufgefordert, innert 14 Tagen nach Absendung der Mahnung den geschuldeten Betrag zu bezahlen.

Der Versicherte hat den durch ein Mahnverfahren entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand dem Versicherer mit einem Betrag von CHF 50.00 zu entschädigen. Muss der Versicherer ein Betreibungsbegehren stellen, so hat der Versicherte neben den Betreibungskosten den daraus entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand des Versicherers mit CHF 150.00 zu entschädigen.

Die Betreibungskosten sind von Gesetzes wegen vom Schuldner zu übernehmen.

4.b.8 Können Prämien mit Leistungen verrechnet, Leistungen abgetreten oder verpfändet werden?

Der Versicherer muss die Zahlungsaufforderung gemäss KVV Art. 105b Abs. 1 bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit zustellen. Er muss sie getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen.

Der Versicherer darf die Versicherungsleistungen gemäss KVV Art. 105c nicht mit geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen verrechnen.

Der Anspruch auf Leistungen ist gemäss Art. 22 Abs. 1 ATSG weder abtretbar noch verpfändbar. Abweichend davon können gemäss Art. 42 Abs. 1 KVG Ansprüche an Leistungserbringer abgetreten werden.

C Datenschutz

4.c.1 Wer hat Recht auf Akteneinsicht?

Die Akten stehen gemäss Art. 47 ATSG den Beteiligten zur Einsicht offen. Schützenswerte private Interessen der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie überwiegende öffentliche Interessen sind zu wahren.

4.c.2 Welche Angaben werden mitgeteilt?

Mit dem Abschluss der Hausarztversicherung erklären sich die versicherten Personen damit einverstanden, ihrem koordinierenden Arzt Einsicht in die für dieses Versicherungsmodell notwendigen Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren. Diese Versicherungsform erfordert zudem einen Datenaustausch zwischen dem koordinierenden Arzt, rhenusana und allfälligen Dritten. Dabei handelt es sich um Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten der versicherten Person. Diese werden insbesondere Spezialisten, Spitälern und anderen im Rahmen der medizinischen und organisatorischen Leistungserbringung involvierten Personen und Institutionen

zwecks Durchführung des Vertrages oder bei einem Wechsel des Hausarztes bekannt gegeben.

D Mitteilungen

4.d.1 Wie werde ich informiert?

Der Versicherte erhält Mitteilungen des Versicherers an die zuletzt gemeldete Adresse in der Schweiz. Weitere Informationen werden im Kundenmagazin, dem Publikationsorgan des Versicherers, sowie auf der Homepage des Versicherers veröffentlicht.

E Pflichten des Versicherten

4.e.1 Welche Pflichten habe ich als Versicherter beim Abschluss?

Der Antragsteller muss alle erforderlichen Auskünfte erteilen und ausserdem die Unterlagen zur Verfügung stellen, die für die Aufnahme oder die Abklärung von Drittleistungspflichten nötig sind.

4.e.2 Welche Pflichten habe ich als Versicherter während der Versicherungsdauer?

- medizinische Erstkontakte
Sämtliche medizinischen Erstkontakte erfolgen über den gewählten Hausarzt. Er weist den Versicherten bei Bedarf Spezialisten oder medizinischen Hilfspersonen zu oder veranlasst die stationäre Behandlung (Ausnahme von Notfällen lit. b). Der Versicherte informiert seinen Arzt bei seinem ersten Arztbesuch über das Hausarztssystem.
- Notfallbehandlungen
In Notfällen kann jeder Arzt konsultiert werden. Wird aufgrund eines Notfalls eine Spiteleinweisung oder eine ambulante Behandlung erforderlich, ist der Versicherte verpflichtet, zum frühestmöglichen Zeitpunkt seinen Hausarzt zu orientieren. Er ist dafür besorgt, dass ihm eine Bescheinigung und ein Bericht des Notfallarztes zukommt.
- Operationen
Empfiehlt ein Spezialarzt einen weiteren Behandlungsverlauf (Operationen, Therapien usw.), so ist der Versicherte verpflichtet, vor dieser Behandlung das Einverständnis seines Hausarztes einzuholen.
- Aufenthalte in Spitälern und Tageskliniken
Eine Einweisung in ein Spital oder eine Tagesklinik zur stationären oder teilstationären Behandlung darf nur der Hausarzt vornehmen (Ausnahme ist der Notfall).
- Badekuren und Rehabilitationsaufenthalte
Nur der Hausarzt ist befugt, eine Einweisung zur Kur oder Rehabilitation zu veranlassen. Der Versicherte ist verpflichtet, mindestens 14 Tage vor Antritt einer Badekur oder eines Rehabilitationsaufenthalts seinen Hausarzt zu konsultieren, falls er Anspruch auf Kassenleistungen geltend machen will.
- frauen- und augenärztliche Operationen
Vor frauen- und augenärztlichen Operationen ist mit dem Hausarzt Rücksprache zu nehmen und dessen Einverständnis einzuholen.

Badekurverordnungen sind dem Versicherer zwei Monate vor Antritt der Badekur zur Prüfung zuzustellen, ausgenommen sind Fälle, wo die Kur innert 14 Tagen nach einem Akutspitalaufenthalt angetreten wird.

4.e.3 Welche Pflichten habe ich, wenn ich den Arzt wechsle?

Bei einem Wechsel des Hausarztes entsprechend Art. 4.a.3 sind die Versicherten verpflichtet, sich bei ihrem bisherigen Hausarzt mindestens 14 Tage vor Arztwechsel abzumelden.

4.e.4 Was muss ich dem Versicherer melden?

Adress- und Namensänderungen, Militärdienstleistungen von mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen sowie Todesfälle sind dem Versicherer innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.

Der Versicherte hat Unfälle, die nicht bei einem UVG-Versicherer oder bei der Militärversicherung angemeldet sind, dem Versicherer unverzüglich zu melden. Er hat Auskunft zu geben über:

- a) Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalles
- b) den behandelnden Arzt oder das Spital
- c) allfällige betroffene Haftpflichtige und Versicherungen.

4.e.5 Was passiert, wenn ich meine Mitwirkungspflicht verletze?

Leistungen, die laut Art. 4.e.2 ohne die erforderliche Überweisung oder das Einverständnis durch den Hausarzt bezogen wurden oder begibt der Versicherte sich ausserhalb der in Art. 3.3 abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen ohne vorherige Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt zu einem anderen Leistungserbringer in Behandlung, gehen die Kosten gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG voll zu Lasten des Versicherten oder können grundsätzlich zu Leistungskürzungen führen. Der Versicherte wird schriftlich auf die Folgen eines weiteren Fehlverhaltens hingewiesen. Rückwirkend ausgestellte Überweisungen werden - mit Ausnahme von Stellvertretungen und Notfällen - nicht anerkannt.

Beim zweiten Fehlverhalten wird der Versicherte in die ordentliche Krankenpflege-Versicherung (Grundversicherung) umgeteilt. Die Umteilung erfolgt unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf den 1. des darauffolgenden Monats. Nach einer erfolgten Umteilung ist der Neuabschluss des Hausarzt-Modells während zweier Jahre nicht mehr möglich.

F Subsidiarität, Vorleistung sowie Leistungen Dritter

4.f.1 Was gilt bei mehrfacher Versicherungsdeckung und Leistungen Dritter?

Die Leistungen der Krankenversicherung oder deren Zusammentreffen mit Leistungen anderer Sozialversicherungen dürfen nicht zu einer Überentschädigung des Versicherten führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die dem anspruchsberechtigten Versicherten aufgrund des Versicherungsfalles ausgerichtet werden. Dabei werden Hilflosenentschädigung und Zuschläge für Hilflosigkeit nicht berücksichtigt.

Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die jeweiligen Sozialversicherungsleistungen die folgenden Grenzen übersteigen:

- a) die dem Versicherten entstandenen Diagnose- und Behandlungskosten
- b) die dem Versicherten entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten.

Die Leistungen werden um den Betrag der Überentschädigung gekürzt.

4.f.2 Wozu dient eine Verfügung?

Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen mit denen der Versicherte nicht einverstanden ist, hat der Versicherer auf Verlangen hin eine schriftliche Verfügung zu erlassen.

Dem Begehren um Erlass einer Feststellungsverfügung ist zu entsprechen, wenn der gesuchstellende Versicherte ein schützenswertes Interesse glaubhaft macht.

Die Verfügungen werden mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Sie sind zu begründen, wenn sie dem Begehren der

Parteien nicht voll entsprechen. Aus einer mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf dem betroffenen Versicherten kein Nachteil erwachsen.

Wird die Leistungspflicht eines anderen Versicherungsträgers berührt, so eröffnet der Versicherer auch ihm gegenüber die Verfügung. Dieser kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie der Versicherte.

4.f.3 Wann erlöschen meine Ansprüche?

Ausgetretene Versicherte haben keine Ansprüche an das Vermögen des Versicherers. Vorbehalten bleiben ausstehende Leistungen.

G Schlussbestimmungen

4.g.1 Können diese Versicherungsbedingungen geändert werden?

Der Vorstand des Versicherers ist berechtigt, die Versicherungsbedingungen zu ändern.

Den Versicherten werden Änderungen schriftlich im Publikationsorgan mitgeteilt.

Ist der Versicherte mit den geänderten Versicherungsbedingungen nicht einverstanden, kann er nach den gesetzlichen Bestimmungen aus dem Hausarztssystem austreten.