

## Besondere Versicherungsbedingungen

# Obligatorische Krankenpflegeversicherung mit Gesundheitsnetz-Modell

Ausgabe 01.2025

### Erster Titel – Vertragsgrundlagen und anwendbares Recht

Das Gesundheitsnetz-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 Gesundheitsnetz-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 Bei- und Austritt der Versicherten stützen sich auf Artikel 41 Absatz 4 KVG, Artikel 62 Absatz 1 und 3 KVG und Artikel 99–101 KVV. Für alle übrigen Bestimmungen wird auf die allgemeinen Grundsätze des KVG und dessen Verordnungen verwiesen.

Mit der Wahl des Gesundheitsnetz-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 – Ordentliche Krankenpflegeversicherung

##### Artikel 1 – Leistungsbereich

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für die Leistungen gemäss Artikel 24–31 KVG nach Massgabe der in den Artikeln 32–34 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 von Kapitel 2.

2.4 Auf den besonderen 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% 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 auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit 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 diesem Versicherungsmodell bei, rechnet Assura die in diesem Jahr bei einem anderen Versicherer bereits in Rechnung gestellten Anteile von Franchise und 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 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 – Gesundheitsnetz-Modell

### Artikel 10 – Wahl des ärztlichen Grundversorgers

10.1 Die versicherte Person verpflichtet sich, einen ärztlichen Grundversorger (gewählter Arzt) auszuwählen, der sich am Gesundheitsnetz-Modell beteiligt und auf der für dieses Modell verbindlichen Ärzteliste aufgeführt ist. Sobald sie den Arzt ausgewählt hat, muss sie Assura dessen Kontaktdaten mitteilen. Falls die versicherte Person ohne vorgängige explizite Wahl einen Arzt konsultiert, der auf der Ärzteliste aufgeführt ist, wird dieser als gewählter Arzt erfasst.

10.2 Die Ärzteliste ist auf der Website von Assura publiziert. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Ärzteliste. Diese kann von Assura jederzeit einseitig der Entwicklung des Kreises der Ärzte, die dem Ärztenetz angehören, welches am Gesundheitsnetz-Modell teilnimmt, angepasst werden.

10.3 Ist der gewählte Arzt nicht mehr Teil der Ärzteliste, hat die versicherte Person innerhalb 30 Tagen ab Versand der entsprechenden Mitteilung durch Assura einen neuen in der Ärzteliste aufgeführten Arzt auszuwählen. Teilt die versicherte Person Assura innerhalb der oben genannten Frist keinen neuen Arzt mit, so wechselt sie automatisch ins Basis-Modell (ordentliche Krankenpflegeversicherung) mit derselben Franchise über.

10.4 Der Wechsel des gewählten Arztes muss Assura von der versicherten Person vor der ersten Konsultation beim neu gewählten Arzt mitgeteilt werden. Bei einem Wechsel des gewählten Arztes erklärt sich die versicherte Person damit

einverstanden, dass die Informationen an den neu gewählten Arzt weitergegeben werden. In diesem Sinne befreit sie den bisherigen Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

### Artikel 11 – Pflichten der versicherten Person

11.1 Die versicherte Person verpflichtet sich, immer zuerst den gewählten Arzt zu konsultieren. Der gewählte Arzt ist der Ansprechpartner der versicherten Person. Ist der gewählte Arzt vorübergehend nicht verfügbar, kann das Gesundheitsnetz der versicherten Person vorschlagen, ein telemedizinisches Zentrum zu kontaktieren. Die Kontaktangaben sind verfügbar auf der Website des Delta-Netzwerkes: [www.reseau-delta.ch](http://www.reseau-delta.ch). Der gewählte Arzt koordiniert in allen Fällen alle medizinischen Belange und verfolgt die Entwicklung der versicherten Person in sämtlichen medizinischen Behandlungsstadien.

11.2 Der gewählte Arzt entscheidet, ob er die Behandlung selbst durchführt oder ob er die versicherte Person an einen Spezialisten überweist. In diesem Fall ist die versicherte Person verpflichtet, vor der Konsultation durch einen Spezialisten von ihrem gewählten Arzt einen vollständig ausgefüllten, datierten und unterschriebenen Überweisungsschein anzufordern. Dieser Überweisungsschein ist anschliessend so rasch als möglich an Assura weiterzuleiten. Die versicherte Person verpflichtet sich ausdrücklich, die vorgeschriebene Behandlung zu befolgen.

11.3 Falls der gewählte Arzt die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer (Radiologie, Physiotherapie usw.) überweist, muss die versicherte Person die Behandlung beim durch den gewählten Arzt namentlich bezeichneten Leistungserbringer weiterführen.

11.4 Die versicherte Person verpflichtet sich, ihre Medikamente und/oder andere pharmazeutische Präparate, die zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung gehen, ausschliesslich bei einer Apotheke zu beziehen, die auf der Liste der anerkannten Apotheken (Apothekenliste) aufgeführt ist. Nur diese Apotheken können alle Punkte der medikamentösen Behandlung der versicherten Person koordinieren.

11.5 Die Liste der anerkannten Apotheken ist auf der Website von Assura publiziert. Diese Liste kann von Assura jederzeit einseitig geändert werden. Die versicherte Person wird über allfällige Änderungen der Liste der Apotheken schriftlich informiert, zum Beispiel im Kundenmagazin. Massgebend ist die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Liste der anerkannten Apotheken.

11.6 Vorbehalten bleiben die in Artikel 13 aufgeführten Bestimmungen für Notfälle und Ausnahmen.

### Artikel 12 – Sanktionen

12.1 Bei Nicht-Einhaltung der Artikel 11.2 und 11.4 erinnert Assura die versicherte Person an ihre Pflichten. Bei jedem erneuten Verstoss innerhalb desselben Kalenderjahrs wird die Kostenübernahme von Assura abgelehnt.

12.2 Bei Verstössen gegen weitere Pflichten aus Artikel 11 wird die Kostenübernahme von Assura abgelehnt.

### Artikel 13 – Ausnahmen

13.1 Bei einem nachgewiesenen Notfall kann sich die versicherte Person an einen anderen Leistungserbringer als

den gewählten Arzt respektive an eine nicht anerkannte Apotheke wenden. Die Benutzung einer nicht anerkannten Apotheke ist zudem bei Auslandsaufenthalten gestattet.

13.2 Falls die versicherte Person einen anderen Leistungserbringer als den gewählten Arzt oder eine im Sinne von Artikel 12.1 nicht anerkannte Apotheke konsultiert, muss sie den gewählten Arzt so rasch wie möglich darüber informieren und die Behandlung bei ihm fortführen, es sei denn, der gewählte Arzt bestimmt etwas anderes.

13.3 Ambulante Sprechstunden beim Augenarzt, Kinderarzt für Kinder oder Gynäkologen fallen nicht unter die Bestimmungen von Artikel 11.

## Artikel 14 – Beitritt zum Gesundheitsnetz-Modell

14.1 Dem Gesundheitsnetz-Modell können alle Personen beitreten, die in einem Kanton wohnen, in dem Assura dieses Modell anbietet.

14.2 Eine versicherte Person mit Wohnsitz in einem Kanton, in dem Assura das Gesundheitsnetz-Modell anbietet, und einer Grundversicherung mit einer ordentlichen Franchise von CHF 300 für Erwachsene und/oder junge Erwachsene und von CHF 0 für Kinder kann dem Gesundheitsnetz-Modell jederzeit beitreten.

## Artikel 15 – Austritt aus dem Gesundheitsnetz-Modell

15.1 Unter Vorbehalt der Artikel 15.2–15.6 ist der Austritt aus dem Gesundheitsnetz-Modell nur unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres möglich und bedingt den nahtlosen Übergang in eine andere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Assura. Dieser Austritt gilt nicht als Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei Assura. Artikel 7 Absatz 3 und 4 KVG bleiben vorbehalten. Bei der Mitteilung der neuen Prämie beträgt die Kündigungsfrist einen Monat auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

15.2 Falls die versicherte Person in einen Kanton zieht, in dem das Gesundheitsnetz-Modell von Assura nicht angeboten wird, wechselt sie automatisch ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) mit derselben Franchise über.

15.3 Wenn in einem Kanton alle Verträge zwischen Assura und der oder den Betriebsgesellschaften der Ärztenetzwerke aufgelöst werden, die sich am Gesundheitsnetz-Modell beteiligen, wird das Gesundheitsnetz-Modell im betreffenden Kanton nicht mehr angeboten. In diesem Fall wechseln die versicherten Personen mit Wohnsitz im betreffenden Kanton automatisch ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) mit derselben Franchise über.

15.4 Im Falle der Aufnahme in ein Pflegeheim, der Haft in einer Strafanstalt, eines Langzeitspitalaufenthalts oder einer ähnlichen Situation kann die versicherte Person Assura schriftlich darum ersuchen, mit einer identischen Franchise ins Basis-Modell (obligatorische Krankenpflegeversicherung) übernommen zu werden, und zwar rückwirkend auf den 1. des Monats, an dem dieses Ereignis eingetreten ist.

15.5 Steht einer versicherten Person infolge der Entfernung einer bisher anerkannten Apotheke von der Apothekenliste keine anerkannte Apotheke in ihrer Region mehr zur Verfügung, so hat sie das Recht, in ein anderes

Grundversicherungsmodell von Assura mit gleicher Franchise zu wechseln.

## Artikel 16 – Datenbearbeitung

### 16.1 Prüfung des Versicherungsschutzes

Um den Versicherungsschutz der betroffenen Person zu prüfen, leitet Assura dem gewählten Arzt des Gesundheitsnetzes die zu ihrer Identifikation und zur Bestimmung der Versicherungsdeckung notwendigen Daten weiter. Die Gesundheitsdaten der versicherten Person sind jedoch von der Weiterleitung ausgenommen. Die Weiterleitung dieser Daten kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Lösung, die durch einen Dritten verwaltet wird.

### 16.2 Datenaustausch

16.2.1 Mit Abschluss des Gesundheitsnetz-Modells erklärt sich die versicherte Person mit dem Datenaustausch zwischen dem telemedizinischen Zentrum, dem gewählten Arzt und/oder allen weiteren beteiligten Leistungserbringern innerhalb oder ausserhalb des Gesundheitsnetzes und Assura einverstanden. Dieser Austausch hat unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen zu erfolgen und darf nur erfolgen, soweit er zur Sicherstellung einer optimalen Koordination im Rahmen des Gesundheitsnetz-Modells und zur Bestimmung des Leistungsanspruchs unbedingt erforderlich ist.

16.2.2 Ausserdem ermächtigt die versicherte Person den gewählten Arzt, mit den übrigen Leistungserbringern innerhalb oder ausserhalb des Gesundheitsnetzes, wie dem telemedizinischen Zentrum, die notwendigen medizinischen Informationen auszutauschen.

16.2.3 Die vorgesehene Übermittlung von Daten zwischen dem telemedizinischen Zentrum und Assura, zwischen dem gewählten Arzt und Assura sowie zwischen den übrigen beteiligten Leistungserbringern kann mit Hilfe Dritter erfolgen, insbesondere durch die Nutzung einer digitalen Plattform, die von einem Dritten verwaltet wird.

### 16.3 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 haftpflichtige Dritte geltend zu machen und Statistiken zu erstellen.

## Artikel 17 – Haftung

Die Haftung für die diagnostischen und therapeutischen Leistungen liegt ausschliesslich bei den Dienstleistern, welche die versicherte Person behandeln.

## Dritter Titel – Inkrafttreten

Die vorliegenden Bedingungen treten am 1. Januar 2025 in Kraft.

## Assura-Basis AG