

Favorit Sante

Zusatzbedingungen (ZB) für Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers nach KVG

Ausgabe 2025, gültig ab 01.01.2025

SWICA

Zusatzbedingungen

Favorit Sante

Für diese ZB sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenpflege- und Taggeldversicherung nach KVG vollumfänglich anwendbar. Bei allfälligen Widersprüchen gehen die ZB den AVB vor.

I. Allgemeines

Art. 1 Abschluss der Versicherung, Änderung des Versicherungsmodells und Prämien

1. Personen, welche die gesetzlichen Aufnahmebedingungen erfüllen, sind berechtigt, dieses Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (besondere Versicherungsform) abzuschliessen. Vorbehalten bleiben gesetzliche Sonderregelungen und die Umteilung wegen vertragswidrigen Verhaltens. Die besonderen Versicherungsformen kommen unter Umständen nicht in allen Regionen zum Einsatz.
2. Ist die ärztliche Behandlung im gewählten Versicherungsmodell durch den gewählten Leistungserbringer aus Gründen, die bei der versicherten Person liegen, nicht mehr möglich (z.B. bei Übertritt der versicherten Person in ein Pflegeheim, vorübergehendem Auslandsaufenthalt), so ist der Versicherer berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf Beginn eines Kalendermonats in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers umzuteilen.
3. Bei einem Wegzug aus dem Einzugsgebiet des gewählten Versicherungsmodells teilt der Versicherer die versicherte Person auf Anfang des Monats, welcher der Wohnsitzverlegung folgt, in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers um. Der Wegzug aus dem Gebiet des gewählten Versicherungsmodells ist dem Versicherer innert Monatsfrist zu melden. Bei Wohnsitzverlegung in das Gebiet eines anderen eingeschränkten Versicherungsmodells hat die versicherte Person das Recht, ein anderes eingeschränktes Versicherungsmodell weiterzuführen.
4. Löst der im ausgewählten Versicherungsmodell ausgewählte Leistungserbringer den Vertrag mit dem Versicherer auf, können die betroffenen versicherten Personen innerhalb einer Frist von 30 Tagen nach schriftlicher Aufforderung des Versicherers nach ihrer freien Wahl einen Leistungserbringer im ausgewählten Versicherungsmodell wählen oder in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers wechseln. Wird in der vorgegebenen Frist dem Versicherer kein neuer Leistungserbringer gemeldet, so führt dies per Beginn des Folgemonats automatisch zum Wechsel in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers.
5. Bei Auflösung des Vertrags zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer respektive dessen Netzwerk fällt das gewählte Versicherungsmodell per Ende Jahr dahin. Erfolgt keine Mitteilung über einen Wechsel bei besonderen Versicherungsformen gemäss Art. 11 Abs. 2 der AVB, führt dies per 1. Januar des Folgejahrs automatisch zum Wechsel in die ordentliche Krankenpflegeversicherung des Versicherers.
6. Wird das gewählte Versicherungsmodell nicht mehr angeboten, so wird die versicherte Person per Wegfall dieses Versicherungsmodells unter Beibehaltung der gewählten Franchise automatisch in ein vergleichbares Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers oder, bei Fehlen eines vergleichbaren Versicherungsmodells, in das Standardmodell des Versicherers umgeteilt. Die versicherte Person kann auch ihr Kündigungsrecht gemäss Art. 7 KVG in Anspruch nehmen oder unter Berücksichtigung der gesetzlichen Fristen ein anderes Versicherungsmodell des Versicherers wählen.
7. Versicherte Personen mit besonderen Versicherungsformen können Prämienermässigungen erhalten.

Art. 2 Ausnahmen von der eingeschränkten Leistungserbringerwahl

Für folgende Behandlungen und Untersuchungen gilt für alle besonderen Versicherungsformen die freie Leistungserbringerwahl, vorbehaltlich abweichender Regelungen in den entsprechenden Zusatzbedingungen:

- a) Gynäkologische Untersuchungen und Behandlungen
- b) Kinderarztbesuche bis zum vollendeten 18. Altersjahr
- c) Augenärztliche Untersuchungen beim Spezialarzt für Ophthalmologie
- d) Befristete Auslandsaufenthalte bis zu sechs Monaten
- e) Notfälle

Sollten anschliessend an eine Notfallkonsultation weitere Kontrollkonsultationen oder Folgebehandlungen nötig sein, müssen diese innerhalb der eingeschränkten Leistungserbringerwahl der entsprechenden besonderen Versicherungsform erfolgen.

Art. 3 Folgen des vertragswidrigen Verhaltens

1. Liegt ein Verstoß gegen die Verpflichtungen der jeweiligen besonderen Versicherungsform vor, kann der Versicherer die Leistungen auf 50 Prozent des Leistungsbetrags (nach Abzug der gesetzlichen Kostenbeteiligungen) reduzieren.
2. Bei wiederholtem vertragswidrigem Verhalten wird die versicherte Person auf den nächstfolgenden Monatsbeginn nach Mitteilung aus der besonderen Versicherungsform ausgeschlossen und in die ordentliche Krankenpflegeversicherung umgeteilt.
3. Ein erneuter Wechsel in eine besondere Versicherungsform ist frühestens zwölf Monate nach der Mitteilung auf das darauf folgende Kalenderjahr möglich.

Art. 4 Massnahmen zur integrierten Versorgung und Care Management

Die versicherte Person ist bei Vorliegen einer spezifischen (insbesondere chronischen oder potenziell chronischen) Erkrankung auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, sich speziellen Massnahmen der integrierten Versorgung zu unterziehen. Diese können zum Beispiel Disease- oder Chronic-Care-Management-Programme, Betreuung durch das Care Management des Versicherers oder die Auswahl besonderer Leistungserbringer beinhalten. Die Programme und die durchführenden Leistungserbringer werden vom Versicherer bezeichnet. Die Einwilligung zur Teilnahme an den Programmen der integrierten Versorgung und des Care Managements wird mit der versicherten Person schriftlich vereinbart.

II. Anwendungsbereich

Art. 5 Zweck

1. Die Krankenpflegeversicherung Favorit Sante ist eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers.
2. Die in Favorit Sante versicherten Personen erklären sich bereit, alle Behandlungen und Untersuchungen durch die Sante-Partnerpraxis durchführen oder sich von einer solchen an Dritte überweisen zu lassen.
3. Versicherungsträger ist die SWICA Krankenversicherung AG.
4. Favorit Sante basiert auf dem Prinzip der umfassenden medizinischen Betreuung durch Ärzte der Sante-Partnerpraxen. Der Versicherer bezahlt aus Favorit Sante die gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsleistungen insbesondere für ambulante und stationäre Behandlungen und Untersuchungen, sofern diese von einem Arzt einer Sante-Partnerpraxis durchgeführt oder verordnet wurden. Der Arzt der Sante-Partnerpraxis sorgt bei Bedarf für eine Überweisung an weitere Fachärzte oder ein Spital.
5. Die versicherte Person wendet sich für alle Behandlungen und Untersuchungen immer zuerst an ihre Sante-Partnerpraxis (vorbehaltlich der in Art. 2 aufgeführten Ausnahmen). Diese sorgt bei Bedarf für die adäquate Behandlung und Betreuung durch weitere Ärzte oder ein Spital.
6. Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitaleinweisung oder eine Behandlung beim Notfallarzt nötig, ist die versicherte Person verpflichtet, zum frühestmöglichen Zeitpunkt ihre Sante-Partnerpraxis zu orientieren oder orientieren zu lassen. Sollte anschliessend eine Kontrollkonsultation nötig sein, muss diese in der Sante-Partnerpraxis erfolgen. Mit Einverständnis der Sante-Partnerpraxis kann die weitere Behandlung so lange wie notwendig auch beim Notfallarzt oder im Spital erfolgen.
7. Wird die versicherte Person von ihrer Sante-Partnerpraxis einem Spezialarzt zugewiesen und empfiehlt dieser weitergehende Behandlungen und Untersuchungen oder einen operativen Eingriff, ist die versicherte Person verpflichtet, die Sante-Partnerpraxis im Voraus darüber zu informieren oder informieren zu lassen und deren Einverständnis einzuholen.
8. Die Ärztin oder der Arzt der Sante-Partnerpraxis sorgt bei Bedarf für eine Überweisung an Dritte (z.B. Fachärztin oder Facharzt, Spital, Pflegeheim).

9. Mit dem Abschluss des Favorit-Sante-Versicherungsmodells erklärt sich die versicherte Person einverstanden, ihrer Sante-Partnerpraxis Einsicht in die für dieses Versicherungsmodell notwendigen Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren. Diese Versicherungsform erfordert zudem einen Datenaustausch zwischen der Sante-Partnerpraxis, dem Versicherer und allfälligen zur Leistungserbringung nötigen Dritten. Dabei handelt es sich um 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 Versicherungsvertrags oder bei einem Wechsel der Sante-Partnerpraxis bekannt gegeben.