

Favorit Telmed

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

Ausgabe 2026, gültig ab 01.01.2026

SWICA

Zusatzbedingungen Favorit Telmed

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. 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.
5. 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, vorbehältlich 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 Umteilung 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 und Behandlungspfade

1. Die Krankenpflegeversicherung Favorit Telmed ist eine Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers.
2. Die in Favorit Telmed versicherten Personen erklären sich bereit, als Erstkontakt die Beratung der Online-praxis santé24 in Anspruch zu nehmen oder eine digitale Symptom-Check-Applikation (nachfolgend «SymptomCheck-App») zu verwenden.
3. Versicherungsträger ist die SWICA Krankenversicherung AG.
4. Favorit Telmed basiert auf dem Prinzip einer Beratung durch santé24 oder einer SymptomCheck-App, die der Konsultation eines Leistungserbringers vorangeht. Der Versicherer bezahlt aus Favorit Telmed insbesondere die gesetzlichen Versicherungsleistungen für ambulante und stationäre Behandlungen und Untersuchungen, sofern vor einem Arzt- oder Spitalbesuch eine Beratung durch santé24 stattgefunden hat oder die SymptomCheck-App konsultiert wurde. Der Entscheid über die weiteren Schritte liegt bei der versicherten Person. Die Behandlungen und Untersuchungen müssen von einem zugelassenen Leistungserbringer (Arzt, Spital, Apotheke etc.) durchgeführt werden.
5. Die versicherte Person wendet sich bei einem neu auftretenden Gesundheitsproblem bzw. bei einem nach Abschluss einer Behandlung oder Untersuchung wieder auftretenden Gesundheitsproblem vor dem erstmaligen Arzt- oder Spitalbesuch immer zuerst an santé24 oder konsultiert die SymptomCheck-App (Ausnahmen gemäss Art. 2). Abklärungen können – stellvertretend für Versicherte und mit deren ausdrücklichem Einverständnis – auch durch Dritte getroffen werden.
6. Sollte anschliessend an eine Notfallbehandlung eine Kontrollkonsultation nötig sein, muss diese vorgängig mit santé24 besprochen werden.
7. Einweisungen in Spitäler und Tageskliniken müssen, ausgenommen in Notfällen, vorgängig mit santé24 besprochen werden.
8. Zusätzlich zu den in Art. 2 genannten Ausnahmen ist bei Kontrollkonsultationen und Folgebehandlungen, für die bereits ein Beratungsgespräch mit santé24 stattgefunden hat, innert sechs Monaten kein Anruf bei santé24 nötig.
9. Die Pflicht, eine Beratung bei santé24 in Anspruch zu nehmen oder die SymptomCheck-App zu konsultieren, gilt in Abweichung zu den allgemeinen Ausnahmen für Kinder ab dem 16. vollendeten Altersjahr auch für Kinderarztbesuche.

Art. 6 Kostenbeteiligung

Die Kostenbeteiligung richtet sich nach Art. 20 der AVB und den gesetzlichen Bestimmungen. Der Versicherer kann gemäss den auf seiner Website aufgeschalteten Informationen zu Favorit Telmed ganz oder teilweise auf die Erhebung einer Kostenbeteiligung verzichten.

Art. 7 Datenschutz

1. santé24 ist eine der ersten Anlaufstellen nach Art. 5 Ziff. 2 der ZB. Sie kann telefonisch oder durch den zur Verfügung gestellten digitalen Kanal schriftlich kontaktiert werden. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, allfällige von santé24 abgegebene Empfehlungen zu befolgen.

Mit dem Abschluss des Favorit-Telmed-Versicherungsmodells erklärt sich die versicherte Person einverstanden, santé24 Einsicht in die für dieses Versicherungsmodell notwendigen Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren. Diese Versicherungsform erfordert zudem einen Datenaustausch zwischen santé24, 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 bekannt gegeben.

Die von santé24 erteilte Beratung ist kostenlos. Die versicherte Person bezahlt für den Anruf den üblichen Telefentarif. Die von der versicherten Person elektronisch übermittelten Informationen und die Telefongespräche werden von santé24 nach den jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Vorgaben archiviert. Im Streitfall können die Informationen und Aufzeichnungen als Beweismittel geltend gemacht werden. Der Versicherer hat ohne entsprechende Bevollmächtigung durch die versicherte Person keinen Zugriff auf diese Daten.

2. Die digitale SymptomCheck-App, angeboten von der Onlinepraxis santé24, ist eine der ersten Anlaufstellen nach Art. 5 Ziff. 2 der ZB und gibt Empfehlungen für das weitere Vorgehen bei gesundheitlichen Beschwerden ab. Die versicherte Person hat dazu die entsprechenden Fragen zu ihrem Gesundheitszustand in der SymptomCheck-App zu beantworten und die Daten in der Folge durch entsprechende Bestätigung an santé24 freizugeben. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, allfällige Empfehlungen der SymptomCheck-App oder Empfehlungen aus einer allfälligen nachfolgenden Beratung durch santé24 zu befolgen. Ohne Einwilligung der versicherten Person findet keine Datenübermittlung an santé24 statt. Entscheidet sich die versicherte Person gegen eine Datenübermittlung in der App, so hat sie santé24 zusätzlich telefonisch oder über den digitalen Kanal zu kontaktieren, um den Behandlungspfad des Versicherungsmodells einzuhalten. Die Nutzung der SymptomCheck-App ist kostenlos.

Zur Nutzung der SymptomCheck-App hat die versicherte Person die Applikation auf einem applikationstauglichen Mobilgerät (z.B. Smartphone) zu installieren. Bei der Registrierung sind insbesondere zwecks Versichertenidentifikation und späterer Identifikation durch santé24 die Stammdaten der versicherten Person anzugeben, sodass ein entsprechender Nutzer-Account in der SymptomCheck-App eingerichtet werden kann. Diese Daten können von der versicherten Person bei der erstmaligen Einrichtung der SymptomCheck-App bei SWICA angefordert werden. Im Rahmen der Nutzung der SymptomCheck-App werden nur diejenigen Daten erhoben, welche die versicherte Person selbst in die Applikation eingibt. Damit die SymptomCheck-App Empfehlungen zum weiteren Vorgehen abgeben kann, sind von der versicherten Person so detaillierte Angaben wie möglich zu ihrem Zustand und den gesundheitlichen Beschwerden zu machen. Dabei können besonders schützenswerte Daten wie Gesundheitsdaten oder Daten über die Intimsphäre erhoben werden. Weitere Informationen zur Datenbearbeitung finden sich in den Nutzungs- und Datenschutzbestimmungen der SymptomCheck-App.