

FAVORIT BESTCARE

ZUSATZBEDINGUNGEN (ZB) FÜR VERSICHERUNGEN MIT EINGESCHRÄNKTER WAHL DES LEISTUNGS- ERBRINGERS NACH KVG.

Ausgabe 2024, gültig ab 01.01.2024

ZUSATZBEDINGUNGEN FAVORIT BESTCARE.

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 DER VERSICHERUNGSVARIANTE UND PRÄMIEN

1. Personen, welche die gesetzlichen Aufnahmebedingungen erfüllen und im entsprechenden Einzugsgebiet der Versicherungen mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (besondere Versicherungsform) ihren zivilrechtlichen Wohnsitz haben, sind berechtigt, diese Versicherungsvarianten 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 in der gewählten Versicherungsvariante 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 der gewählten Versicherungsvariante 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 der gewählten Versicherungsvariante ist dem Versicherer innert Monatsfrist zu melden. Bei Wohnsitzverlegung in das Gebiet einer anderen eingeschränkten Versicherungsvariante haben die versicherten Personen das Recht, ein anderes eingeschränktes Versicherungsmodell in einer neuen gewählten Versicherungsvariante weiterzuführen.
4. Löst der in der ausgewählten Versicherungsvariante ausgewählte Leistungserbringer mit dem Versicherer den Vertrag auf, können die betroffenen versicherten Personen innerhalb einer Frist von 30 Tagen seit schriftlicher Aufforderung des Versicherers nach ihrer freien Wahl einen Leistungserbringer in der ausgewählten Versicherungsvariante 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 durch den Versicherer mit dem Leistungserbringer respektive dessen Netzwerk fällt die gewählte Versicherungsvariante 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. Versicherte Personen mit besonderen Versicherungsformen erhalten Prämienermässigungen.

ART. 2 AUSNAHMEN 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 Untersuchung und Behandlungen
- b. Besuche bei der Kinderärztin oder beim Kinderarzt bis zum vollendeten 18. Altersjahr
- c. Augenärztliche Untersuchung bei der Spezialärztin oder 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. Um einen Verstoß zu prüfen, kann der Versicherer entsprechende Abklärungen treffen.
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 Umteilerung auf das darauffolgende 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 DES VERSICHERUNGSMODELLS

1. Die Krankenpflegeversicherung FAVORIT BESTCARE ist eine besondere Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers.
2. Versicherungsträger ist die SWICA Krankenversicherung AG.
3. Das Versicherungsmodell FAVORIT BESTCARE basiert auf einer eingeschränkten Wahl von Leistungserbringern, die ihre Leistungen mithilfe von digitalen Applikationen und technischen Hilfsmitteln (nachfolgend Art. 8, 9 und 10 der ZB) erbringen. Die versicherte Person kann dabei zwischen mehreren Behandlungspfaden wählen (nachfolgend Art. 7 der ZB), die eine effizientere und koordinierte Versorgung sicherstellen sollen.

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 BESTCARE auf die Erhebung einer Kostenbeteiligung ganz oder teilweise verzichten.

ART. 7 BEHANDLUNGSPFADE

1. Die versicherte Person kann bei einem neu auftretenden Gesundheitsproblem bzw. bei einem nach Abschluss einer Behandlung oder Untersuchung wieder auftretenden Gesundheitsproblem eine der folgenden ersten Anlaufstellen für eine Beratung kontaktieren, die von den Leistungserbringern im Rahmen ihres Behandlungsauftrags angeboten werden:
 - a) Digitale SymptomCheck-Applikation, angeboten vom Telemedizinpartner santé24 (vgl. Art. 8 der ZB)
 - b) Telemedizinpartner santé24, mit Unterstützung durch ein Telemedizingerät (vgl. Art. 9 der ZB)
 - c) FAVORIT-BESTCARE-Partnerapotheke (gemäss Verzeichnis auf der SWICA-Website).Unabhängig von der Wahl der ersten Anlaufstelle ist die versicherte Person in der Folge verpflichtet, für allfällige Behandlungen und Untersuchungen eine FAVORIT-BESTCARE-Partnerpraxis (gemäss Verzeichnis auf der SWICA-Website) aufzusuchen.
2. Alternativ zur Wahl einer ersten Anlaufstelle zur Beratung gemäss Art. 7 Ziff. 1 der ZB kann die versicherte Person direkt eine FAVORIT-BESTCARE-Partnerpraxis (gemäss Verzeichnis auf der SWICA-Website) aufsuchen.

3. Der Versicherte bezahlt aus FAVORIT BESTCARE die gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsleistungen insbesondere für ambulante und stationäre Behandlungen, sofern diese von einer Ärztin oder einem Arzt einer FAVORIT-BESTCARE-Partnerpraxis durchgeführt oder verordnet wurden. Die Ärztin oder der Arzt der FAVORIT-BESTCARE-Partnerpraxis sorgt bei Bedarf für eine Überweisung an Dritte (z.B. Fachärztin oder Facharzt, Spital, Pflegeheim).
4. Wird die versicherte Person von ihrer FAVORIT-BESTCARE-Partnerpraxis an einen Dritten überwiesen und veranlasst dieser weiter gehende Behandlungen und Untersuchungen, einen operativen Eingriff oder eine Betreuung, ist die versicherte Person verpflichtet, die FAVORIT-BESTCARE-Partnerpraxis im Voraus darüber zu informieren oder informieren zu lassen und deren Einverständnis einzuholen.
5. Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitaleinweisung oder eine Behandlung bei der Notfallärztin oder beim Notfallarzt nötig, ist die versicherte Person verpflichtet, zum frühestmöglichen Zeitpunkt ihre FAVORIT-BESTCARE-Partnerpraxis zu orientieren oder orientieren zu lassen. Sollte anschliessend an eine Notfallbehandlung eine Kontrollkonsultation nötig sein, muss diese in einer FAVORIT-BESTCARE-Partnerpraxis erfolgen. Mit Einverständnis der FAVORIT-BESTCARE-Partnerpraxis kann die weitere Behandlung so lange wie notwendig auch bei der Notfallärztin oder beim Notfallarzt oder im Spital erfolgen.

ART. 8 DIGITALE SYMPTOMCHECK-APPLIKATION

1. Die digitale SymptomCheck-Applikation, angeboten vom Telemedizinpartner santé24 (nachfolgend «SymptomCheck-App») ist eine der möglichen ersten Anlaufstellen nach Art. 7 Ziff. 1 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. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, allfällige Empfehlungen der SymptomCheck-App zu befolgen. Die Nutzung der SymptomCheck-App ist kostenlos.
2. Zur Nutzung der SymptomCheck-App hat die versicherte Person die Applikation auf einem applikations-tauglichen 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 Rah-

men 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. Sofern der versicherten Person die Empfehlung aus der SymptomCheck-App nicht genügt, kann sie die Daten an santé24 übermitteln. Ohne Einwilligung der versicherten Person findet keine Datenübermittlung statt. Auf Wunsch der versicherten Person kann zudem ein Telemedizingerät nach Art. 9 Ziff. 3-5 der ZB an die SymptomCheck-App angebunden werden. Weitere Informationen zur Datenbearbeitung finden sich in den Nutzungs- und Datenschutzbestimmungen der SymptomCheck-App.

ART. 9 TELEMEDIZINISCHE LEISTUNGEN

1. santé24 ist eine der ersten Anlaufstellen nach Art. 7 Ziff. 1 der ZB. Über santé24 kann die versicherte Person bei gesundheitlichen Beschwerden mit einer Arzt- oder medizinischen Fachperson ein telefonisches Beratungsgespräch führen. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, allfällige von santé24 abgegebenen Empfehlungen zu befolgen.
2. Die von santé24 erteilte Beratung ist kostenlos. Die versicherte Person bezahlt für den Anruf den üblichen Telefentarif. Die Telefongespräche werden von santé24 aufgezeichnet und archiviert. Im Streitfall können die Aufzeichnungen als Beweismittel geltend gemacht werden. Der Versicherte hat ohne entsprechende Bevollmächtigung durch die versicherte Person keinen Zugang auf diese Informationen.
3. santé24 kann bei diesen Beratungsgesprächen als Unterstützung bei der Diagnosestellung und Behandlungsempfehlung ein Telemedizingerät einsetzen. Jeder versicherten Person bzw. jedem Haushalt wird zu diesem Zweck nach Abschluss des Versicherungsvertrags kostenfrei ein Telemedizingerät zur Verfügung gestellt, mit dem medizinische Untersuchungen an sich selbst vorgenommen werden können. Wann das Telemedizingerät angewendet werden muss, wird von santé24 aufgrund der medizinischen Indikation entschieden.
4. Für die Nutzung des Telemedizingeräts ist die Installation und Verwendung der SymptomCheck-App (zur Benutzeranmeldung; vgl. zur SymptomCheck-App Art. 8 der ZB) und der Telemedizin-App (zur Datenerfassung über das Telemedizingerät und Übermittlung der generierten Daten durch die versicherte Person an santé24) auf einem applikations-tauglichen Mobilgerät

(z.B. Smartphone) notwendig. Die Nutzung dieser Applikationen ist kostenlos.

5. Nach der Installation fordert die Telemedizin-App von der SymptomCheck-App automatisch die notwendigen Benutzerdaten (Stammdaten) an und übermittelt diese an santé24 zur Identifikation der versicherten Person. Das Telemedizingerät stellt eine Verbindung zur Telemedizin-App her. Damit können die vom Telemedizingerät generierten Daten durch die versicherte Person über die Telemedizin-App insbesondere zwecks Erbringung des Behandlungsauftrags an santé24 übermittelt werden. Damit santé24 die versicherte Person beraten und Empfehlungen aussprechen kann, sind von der versicherten Person so detaillierte Angaben wie möglich zu machen und das Telemedizingerät entsprechend der Anleitung durch das Telemedizingerät selbst und der Anweisungen von santé24 anzuwenden. 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 Telemedizin-App.
6. Will die versicherte Person das Telemedizingerät und die dazu notwendigen digitalen Applikationen nicht nutzen, so hat sie sich für eine andere erste Anlaufstelle gemäss Art. 7 Ziff. 1 der ZB oder die direkte Konsultation in der FAVORIT-BESTCARE-Partnerpraxis zu entscheiden. Verfügt die versicherte Person nicht über ein applikationstaugliches Mobilgerät (z.B. Smartphone), so verzichtet santé24 in jedem Fall auf die Verwendung des Telemedizingeräts.

ART. 10 DIGITALE PLATTFORM ZUM DATENAUSTAUSCH

1. Zwecks Sicherstellung einer koordinierten medizinischen Versorgung erklärt sich die versicherte Person einverstanden, santé24, den FAVORIT-BESTCARE-Partnerapotheken, den FAVORIT-BESTCARE-Partnerpraxen und allfälligen zur medizinischen oder organisatorischen Leistungserbringung nötigen Dritten über die von den Leistungserbringern angebotene digitale Plattform zum Datenaustausch (nachfolgend «Datenaustauschplattform») Einsicht in die notwendigen Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren. Der Versicherer erhält ausschliesslich Zugang zu abrechnungsrelevanten Daten.
2. Um den Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern zu ermöglichen, hat die versicherte Person die von den Leistungserbringern zu diesem Zweck angebotene Applikation (nachfolgend «Datenaustausch-

App») auf einem applikationstauglichen Mobilgerät (z.B. Smartphone) zu installieren und zu verwenden. Über diese kann die versicherte Person einzelfallweise dem Datenaustausch zwischen den involvierten Leistungserbringern zustimmen (vgl. nachfolgend Art. 10 Ziff. 3 der ZB). Die Nutzung der Datenaustauschplattform und der Datenaustausch-App ist kostenlos.

3. Nach der Installation der Datenaustausch-App kann die versicherte Person ihre Versichertenstammdaten beim Versicherer anfordern. Diese Stammdaten dienen den Leistungserbringern, welche die Datenaustauschplattform einsetzen, zur Identifikation der versicherten Person. Nimmt die versicherte Person Kontakt zu einem Leistungserbringer auf (unabhängig vom gewählten Behandlungspfad), werden die von der versicherten Person angegebenen Daten, einschliesslich besonders schützenswerter Daten wie Gesundheitsdaten oder Daten über die Intimsphäre, im Rahmen des Behandlungsvertrags durch den Leistungserbringer erfasst, insbesondere, um die Konsultation zu dokumentieren. In der Folge entscheidet die versicherte Person jeweils einzelfallweise über die Bekanntgabe dieser Daten durch den Leistungserbringer mittels Datenaustauschplattform an allfällige weitere Leistungserbringer, indem sie in der Datenaustausch-App jeweils die Einwilligung erteilen kann, welche Daten welchem Leistungserbringer zugänglich gemacht werden dürfen. Weitere Informationen zur Datenbearbeitung finden sich in den Nutzungs- und Datenschutzbestimmungen der Datenaustausch-App.
4. Versicherte Personen, die über kein applikationstaugliches Mobilgerät (z.B. Smartphone) verfügen, nutzen als Ersatz für die Funktionalitäten der Datenaustausch-App (insbesondere Buchung von Terminen bei Leistungserbringern und Abruf ihrer Gesundheitsinformationen/-historie) die Beratung von santé24.

ART. 11 ERGÄNZENDE DATENSCHUTZBESTIMMUNGEN

Im Rahmen der Verwendung der SymptomCheck-App, des Telemedizingeräts und der Datenaustausch-App (gemäss Art. 8, 9 und 10 der ZB) gelten ergänzend die Nutzungsbedingungen, Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB), besonderen Bedingungen, Datenschutzbestimmungen und weiteren Bedingungen der jeweiligen Anbieter. Je nach System und Mobile-Applikation können zur Datenbearbeitung entsprechende Einwilligungen erforderlich sein, da Daten möglicherweise durch Dritte oder im Ausland bearbeitet werden.