ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN KVG

REGLEMENT TELMED-VERSICHERUNG AGRI-contact

REGLEMENT HAUSARZTVERSICHERUNG AGRI-eco

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN KVG (AVB KVG)

Personenbezeichnungen gelten gleichermassen für beide Geschlechter.

I. GELTENDES RECHT

Art. 1 Grundlagen

1 Grundlagen dieser Versicherung sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes (ATSG), des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), des Bundesgesetzes betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (KVAG) sowie diese vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen KVG.
2 Nebst diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB KVG) wird für die Taggeldversicherung gemäss KVG ein ergänzendes Reglement erlassen. Dasselbe gilt für im Angebot stehende besondere Versicherungsformen, sofern es diese erfordern.

II. VERSICHERTE PERSONEN

Art. 2 Aufnahme

1 Die Agrisano Krankenkasse AG muss in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich jede versicherungspflichtige Person und jede Person, die berechtigt ist, einen Taggeldversicherungsvertrag abzuschliessen, aufnehmen.
2 Die antragstellende Person hat das von der Agrisano Krankenkasse AG zur Verfügung gestellte Antrags- und Frageformular vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen.

III. BEGINN, ENDE UND RUHEN DER VERSICHERUNG

Art. 3 Beginn der Versicherung

1 Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder Geburt in der Schweiz gemäss den Bestimmungen des KVG versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter bzw. ihrer gesetzlichen Vertreterin versichern lassen. Bei rechtzeitigem Beitritt eines Versicherten beginnt die Versicherung im Zeitpunkt der Geburt oder der Wohnsitznahme im Tätigkeitsgebiet der Agrisano Krankenkasse AG.
2 Bei einem verspäteten Beitritt beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitrittes. Es kann ein Versicherungsprämienzuschlag erhoben werden.

Art. 4 Ende der Versicherung

1 Die Versicherung erlischt in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und in der Taggeldversicherung nach KVG:
a) Bei Ableben;
b) Durch Wechsel des Versicherers.
2 Die Versicherung erlischt in der Taggeldversicherung nach KVG:
a) Durch Ausschluss aus der Taggeldversicherung;
b) Durch Kündigung.

Art. 5 Wechsel des Versicherers

1 Die Kündigung der ordentlichen Grundversicherung kann auf den 30. Juni und den 31. Dezember erfolgen. Ist eine wählbare Franchise vereinbart worden, kann die Kündigung nur auf das Ende eines Kalenderjahres vorgenommen werden. Im Weiteren gelten die besonderen gesetzlichen Bestimmungen im Falle eines Zahlungsverzuges.
2 Die Kündigung hat schriftlich und unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zu erfolgen.
3 Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Der Versicherer muss die neuen, vom Bundesamt für Gesundheit genehmigten Prämien jeder versicherten Person mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen und dabei auf das Recht, den Versicherer zu wechseln, hinweisen.
4 Führt die Agrisano Krankenkasse AG die soziale Krankenversicherung freiwillig oder aufgrund eines behördlichen Entscheides nicht mehr durch, so endet das Versicherungsverhältnis mit dem Entzug der Bewilligung.
5 Das Versicherungsverhältnis der Krankenpflegeversicherung endet bei der Agrisano Krankenkasse AG erst, wenn ihr der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Sobald die Agrisano Krankenkasse AG die Mitteilung erhalten hat, informiert sie die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihr versichert ist.

Art. 6 Ruhen der Unfalldeckung

1 Versicherte, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) obligatorisch für Berufsunfälle und Nichtberufsunfälle versichert sind, können die Deckung für Unfälle sistieren. Die Agrisano Krankenkasse AG sistiert die Unfallversicherung auf Antrag der versicherten Person, wenn sie nachweist, dass der erforderliche Versicherungsschutz nach UVG vorliegt. 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.
2 Die Unfälle sind gemäss KVG gedeckt, sobald die Unfalldeckung nach UVG ganz oder teilweise aufhört.
3 Die Agrisano Krankenkasse AG übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Versicherung bei ihr versichert waren.
4 Die Agrisano Krankenkasse AG hat die versicherte Person bei ihrem Beitritt zur sozialen Krankenversicherung schriftlich auf ihre Pflicht nach Artikel 10 KVG hinzuweisen.
5 Der Arbeitgeber informiert eine aus dem Arbeitsverhältnis oder aus der Nichtbetriebsunfallversicherung nach UVG ausscheidende Person schriftlich darüber, dass sie dies innerhalb eines Monats nach der Information durch den Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung ihrem Versicherer nach KVG zu melden hat. Die gleiche Pflicht trifft die Arbeitslosenversicherung, wenn der Anspruch auf Leistungen ihr gegenüber erlischt und die betreffende Person kein neues Arbeitsverhältnis eingeht.
6 Hat die versicherte Person ihre Pflicht nach Absatz 5 nicht erfüllt, so kann die Agrisano Krankenkasse AG von ihr den Versicherungsprämienanteil für die Unfallversicherung samt Verzugszinsen seit der Beendigung der Unfalldeckung nach UVG bis zum Zeitpunkt, in dem die Agrisano Krankenkasse AG davon Kenntnis erhält, verlangen. Hat der Arbeitgeber oder die Arbeitslosenversicherung die Pflicht nach Absatz 5 nicht erfüllt, so kann die Agrisano Krankenkasse AG die gleichen Forderungen ihnen gegenüber geltend machen.

IV. VERSICHERUNGSPRÄMIEN/KOSTENBETEILIGUNG

Art. 7 Versicherungsprämien

1 Die Höhe der Versicherungsprämien wird nach den Bestimmungen des KVG und KVAG festgesetzt.
2 Die Versicherten haben die Versicherungsprämien in gesunden und kranken Tagen im Voraus zu entrichten.
3 Die Versicherten können die Versicherungsprämien monatlich, zweimonatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich entrichten.
4 Bei halbjährlicher und jährlicher Zahlung gewährt die Agrisano Krankenkasse AG ein Skonto für eine angemessene Verzinsung. Die Höhe wird durch den Verwaltungsrat festgesetzt.
5 Die Agrisano Krankenkasse AG kann die Versicherungsprämien für besondere Versicherungsformen vermindern.

Art. 8 Prämienkategorien

1 Für Versicherte bis zum 18. Altersjahr (Kinder) werden tiefere Prämien als für Versicherte ab dem 25. Altersjahr (Erwachsene) festgelegt.
2 Eine Reduktion muss auch Versicherten gewährt werden, welche das 25. Altersjahr noch nicht erreicht haben (Junge Erwachsene).
3 Ein Wechsel der Prämiengruppe erfolgt jeweils auf den Beginn des nächsten Kalenderjahres.

Art. 9 Kostenbeteiligung

1 Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten kassenpflichtigen Leistungen (Kostenbeteiligung).
2 Die Kostenbeteiligung setzt sich aus folgenden Beträgen zusammen:
a) Franchise (fester Jahresbetrag);
b) Selbstbehalt (prozentualer Anteil der die Franchise übersteigenden Kosten);
c) Beitrag an die Kosten des Aufenthaltes im Spital.
3 Massgebend für die Erhebung der Kostenbeteiligung ist das Behandlungsdatum.
4 Die Höhe respektive die Befreiung von der Kostenbeteiligung richtet sich nach den Bestimmungen des KVG und dessen Verordnungen.

verfahren sowie für den Aufschub der Übernahme der Kosten für Leistungen die gesetzlichen Bestimmungen.
2 Die durch einen Zahlungsrückstand verursachten Kosten werden der versicherten Person belastet. Zu den vom Betreibungsamt erhobenen Betreibungsgebühren werden zusätzlich zu den Bearbeitungskosten Verzugszinsen in der Höhe von 5 % auf die Prämienausstände erhoben.

V. MITWIRKUNGSPFLICHTEN

Art. 11 Allgemeines

Der Antragsteller oder der gesetzliche Vertreter muss im Beitrittsformular die gesetzlich erforderlichen Angaben erbringen.

Art. 12 Meldepflichten

1 Der Versicherte hat KVG-pflichtige Unfälle unverzüglich zu melden. Er hat der Agrisano Krankenkasse Auskunft zu geben über:
a) Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalls;
b) den behandelnden Arzt, die behandelnde Ärztin oder das Spital;
c) allfällige betroffene Haftpflichtige und Versicherungen.
2 Der Versicherte ist verpflichtet, jeden Versicherungsfall der Agrisano Krankenkasse AG innert zehn Tagen anzuzeigen.
3 Adress- und Namensänderungen sowie Todesfälle sind der Agrisano Krankenkasse AG innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.
4 Verordnungen für medizinische Massnahmen (Akutaufenthalte, Rehabilitationen, Kuren etc.) sind durch den Leistungserbringer oder den Versicherten vor Antritt der Behandlung der Agrisano Krankenkasse AG zuzustellen. Ausgenommen sind Notfallmassnahmen.

VI. LEISTUNGEN

Art. 13 Versicherungsangebot

Die Agrisano Krankenkasse AG führt nach Massgabe dieser AVB und gemäss besonderen Reglementen folgendes Versicherungsangebot:
a) Obligatorische Krankenpflegeversicherung gemäss KVG
b) Freiwillige Taggeldversicherung gemäss KVG

Art. 14 Leistungen allgemein

Die von der Agrisano Krankenkasse AG zu entrichtenden Leistungen sind im KVG und den dazu gehörenden Verordnungen abschliessend definiert.

Art. 15 Leistungen bei Krankheit

Die Agrisano Krankenkasse AG übernimmt – gestützt auf die Bestimmungen des KVG und dessen Ausführungsbestimmungen – die Kosten für Leistungen, die der Diagnose oder der Behandlung einer Krankheit oder ihrer Folgen dienen. Diese umfassen insbesondere:
a) Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen von Ärzten, Chiropraktoren oder Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen;
b) Ärztlich verordnete Analysen, Medikamente und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;
c) Badekurbeitrag;
d) Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Listenspitals;
e) Rehabilitationsmassnahmen;
f) einen Beitrag an notwendige Transport- oder Rettungskosten.

Art. 16 Leistungen bei Unfall

1 Die Agrisano Krankenkasse AG übernimmt bei KVG-pflichtigen Unfällen die Leistungen wie bei Krankheit.
2 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.
3 Die Unfalldeckung ruht, wenn sie nach Massgabe von Art. 6 dieser AVB sistiert ist.

Art. 17 Leistungen bei Mutterschaft

1 Gemäss KVG sind zu den gleichen Bedingungen wie bei Krankheit die besonderen Leistungen bei Mutterschaft versichert.
2 Folgende Leistungen gelten als Leistungen bei Mutterschaft:
a) Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft, welche von Ärzten durchgeführt oder von Hebammen nach ärztlicher Anordnung vorgenommen werden;
b) Entbindung zu Hause, in einem Spital oder in einer dafür anerkannten Institution sowie die damit verbundene Geburtshilfe von Ärzten oder Hebammen;
c) die notwendige Stillberatung;
d) die Pflege und der Aufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält.
3 Leistungen bei Mutterschaft sind von der Kostenbeteiligung befreit.

Art. 18 Zahnärztliche Behandlungen

Zahnärztliche Behandlungen sind gemäss KVG grundsätzlich nicht versichert. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, wenn diese:
a) durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt ist; oder
b) durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist; oder
c) zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig ist; oder
d) Folge eines Unfalles ist, sofern nicht eine andere Unfallversicherung dafür zuständig ist.

Art. 19 Voraussetzungen der Kostenübernahme

1 Der Leistungserbringer muss sich in seinen Leistungen auf das Mass beschränken, das im Interesse des Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist.
2 Die Leistungen müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Sie sind diesbezüglich periodisch zu überprüfen.

Art. 20 Massgebende Tarife/Wahl Leistungserbringer

1 Die Versicherten können für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Die Agrisano Krankenkasse AG übernimmt die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt.
2 Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Die Agrisano Krankenkasse AG und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilsmässig nach Art. 49a KVG höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Dies gilt sinngemäss für die Geburtshäuser.
3 Versicherte, die in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen, können für eine stationäre Behandlung in der Schweiz unter den Listenspitälern frei wählen.
4 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen die Agrisano Krankenkasse AG und der Wohnkanton die Vergütung anteilsmässig nach Art. 49a KVG. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.
5 Medizinische Gründe nach den Absätzen 3 und 4 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:
a) bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung;
b) bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist.
6 Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit der Agrisano Krankenkasse AG auf Leistungserbringer beschränken, die die Agrisano Krankenkasse AG im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3 KVG). Die Agrisano Krankenkasse AG muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern ausgeführt oder veranlasst werden; Absatz 3 gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.
7 Bei Notfallbehandlungen im Ausland wird höchstens der doppelte Betrag der Kosten übernommen, die in der Schweiz entstanden wären.

Art. 21 Vergütung von Leistungen

1 Es sind immer die Originalrechnungen bzw. Rückerstattungsbelege einzureichen. Anhand von Quittungen, Kopien, Zahlungsbestätigungen oder Buchhaltungsauszügen können keine Leistungen erbracht werden.
2 Die Rückerstattung an den Versicherten erfolgt spesenfrei auf dessen Post- oder Bankkonto. Muss mangels Post- oder Bankkonto eine andere Auszahlungsweise erfolgen, können die entsprechenden Aufwendungen dem Versicherungsnehmer ganz oder teilweise auferlegt werden.

Art. 22 Überentschädigung

1 Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung der berechtigten Person führen.

[2] Es gelten diesbezüglich die Bestimmungen im ATSG.
[3] Vorbehältlich einer ausdrücklich anderslautenden Bestimmung obliegen die Taggelder der Schadenversicherung.

VII. VERSCHIEDENE BESTIMMUNGEN

Art. 23 Abrechnung der Schadenfälle

Soweit die Agrisano Krankenkasse AG auf vertraglicher oder freiwilliger Basis gegenüber den Rechnungsstellern Kostengutsprachen oder Garantien abgegeben hat, rechnet sie, vorbehalten anderslautender Regelungen in den Tarifverträgen, direkt mit dem Versicherten ab.

Art. 24 Schadenminderungspflichten

[1] Der Versicherte hat die ärztlichen Anordnungen (Verhalten, Medikamenteneinnahme, Therapien usw.) gewissenhaft zu befolgen und alles zu unterlassen, was die Genesung gefährdet oder verzögert.
[2] Der Versicherte darf den Arzt nicht zu unnötigen oder unwirtschaftlichen Behandlungen oder Abklärungen veranlassen.

Art. 25 Abtretung und Verpfändung

Der Anspruch auf Leistungen ist grundsätzlich weder abtretbar noch verpfändbar. Jede Abtretung oder Verpfändung ist nichtig. Davon ausgenommen sind Nachzahlungen von Leistungen im Sinne von Artikel 22 Abs. 2 ATSG.

Art. 26 Akteneinsicht/Datenschutz

[1] Die Akten stehen den Beteiligten zur Einsicht offen. Schützenswerte private Interessen der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie überwiegend öffentliche Interessen sind zu wahren.
[2] Der Datenschutz richtet sich nach den Bestimmungen des ATSG, des KVG und des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG).

Art. 27 Rechtsmittel

Ist die versicherte Person mit einem Entscheid der Agrisano Krankenkasse AG nicht einverstanden, so kann sie die Rechtsmittel gemäss den Bestimmungen des ATSG ergreifen.

Art. 28 Verfügung

[1] Bestrittene Entscheide muss die Agrisano Krankenkasse AG innert 30 Tagen mittels schriftlicher Verfügung bestätigen.
[2] Die Verfügung muss eine Begründung und eine Rechtsmittelbelehrung enthalten. Aus der mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf den Betroffenen kein Nachteil erwachsen.

Art. 29 Einsprache

[1] Gegen Verfügungen kann der betroffene Versicherte innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung bei der Agrisano Krankenkasse AG Einsprache erheben.
[2] Die Agrisano Krankenkasse AG erlässt innert angemessener Frist einen Einspracheentscheid.

Art. 30 Beschwerde

[1] Gegen Einspracheentscheide kann Beschwerde erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung des Einspracheentscheides bei dem vom Kanton bezeichneten Versicherungsgericht einzureichen, das für Streitigkeiten von Versicherern unter sich oder mit Versicherten oder mit Dritten zuständig ist.
[2] Beschwerde kann auch erhoben werden, wenn die Agrisano Krankenkasse AG, entgegen dem Begehren der betroffenen Person, keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

Art. 31 Schweigepflicht

Personen, die an der Durchführung, der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der sozialen Krankenversicherung beteiligt sind, haben über ihre Wahrnehmungen gegenüber Dritten Schweigen zu bewahren.

VIII. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Art. 32 Inkrafttreten

Die vorliegenden AVB gemäss KVG treten per 1. Januar 2019 in Kraft.

REGLEMENT TELMED-VERSICHERUNG AGRI-CONTACT

Personenbezeichnungen gelten gleichermassen für beide Geschlechter.

I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Art. 1 Zweck

Die Telmed-Versicherung AGRI-contact ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenversicherung im Sinne von Art. 41 Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in Verbindung mit Art. 62 Abs. 1 KVG. Mit dem Abschluss der Telmed-Versicherung AGRI-contact erklärt sich die versicherte Person bereit, bei einem gesundheitlichen Problem vorgängig das ärztliche Beratungszentrum der Medgate AG telefonisch zu konsultieren. Im Artikel 8 dieses Reglements sind die Ausnahmen von dieser Regel enthalten. Das telemedizinische Zentrum der Medgate AG ist eine von der Agrisano Krankenkasse AG unabhängige Gesellschaft und steht den Versicherten rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr für eine telefonische medizinische Beratung zur Verfügung. Sie berät die Versicherten bei allen gesundheitlichen Problemen und gibt Weisungen für die folgenden Behandlungsschritte ab. Dank der ganzheitlichen Beratung und Betreuung durch die Spezialisten der Medgate AG werden Kosteneinsparungen in der medizinischen Behandlung erzielt, welche in Form von Prämienrabatten an die Versicherten weitergegeben werden.

Art. 2 Grundsätze der Telmed-Versicherung AGRI-contact

Bei einem gesundheitlichen Problem hat die versicherte Person oder an ihrer Stelle eine Drittperson vor der Vereinbarung eines Termins für eine Behandlung bei Ärzten, Chiropraktoren und in Spitälern mit dem ärztlichen Beratungszentrum der Medgate AG telefonisch Kontakt aufzunehmen (Telefon +41(0)56 461 71 98). Die Medgate AG berät die versicherte Person medizinisch und vereinbart mit ihr den optimalen Behandlungspfad und das Zeitfenster, innerhalb von welchem die Konsultation bei einem Leistungserbringer erfolgen soll. Erfolgt vom behandelnden Arzt ein Aufgebot zur Nachkontrolle oder eine Überweisung zu einem anderen Arzt, ins Spital oder ins Pflegeheim, ist erneut eine Rücksprache mit der Medgate AG erforderlich. Dieselben Grundsätze gelten bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland.

Art. 3 Rechtsgrundlagen

Auf diese besondere Versicherungsform sind in erster Linie die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Art. 41 Abs. 4 KVG und Art. 62 Abs. 1 KVG) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) mit den jeweils dazugehörenden Verordnungen anwendbar. Ist diesen Erlassen im Einzelfall keine Regelung zu entnehmen, dann gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Agrisano Krankenkasse AG.

II. VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Art. 4 Versicherungsmöglichkeit

Die Telmed-Versicherung AGRI-contact wird für versicherte Personen, welche ausserhalb der Schweiz ihren Wohnsitz haben und in der Schweiz erwerbstätig sind sowie für deren versicherten Familienangehörigen nicht angeboten. Die Agrisano Krankenkasse AG kann die Versicherungsmöglichkeit ausserdem auf bestimmte Gebiete in der Schweiz einschränken.

Die Beratung durch die Medgate AG findet in den Sprachen Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch statt und ist für versicherte Personen, welche nicht eine der aufgeführten Sprachen beherrschen, ungeeignet.

Art. 5 Beitritt und Versicherungswechsel

Der Beitritt oder Übertritt von der ordentlichen Versicherung zur Telmed-Versicherung AGRI-contact ist jederzeit auf den ersten Tag eines Monats, jedoch frühestens auf den ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats möglich.

Für den Wechsel von der Telmed-Versicherung AGRI-contact zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer gelten die Bestimmungen der AVB der Agrisano Krankenkasse AG und des KVG sinngemäss. Ein Wechsel ist unter Einhaltung der gemäss KVG geltenden Kündigungsfristen jeweils auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

Bei Wohnortswechsel in eine Region, in welcher die Agrisano Krankenkasse AG die Telmed-Versicherung AGRI-contact nicht anbietet, ist ein vorzeitiger Wechsel in das ordentliche Versicherungsverhältnis auf den Ersten des dem Wohnortswechsels folgenden Monats möglich. Die versicherte Person informiert die Agrisano Krankenkasse AG vorgängig schriftlich.

Art. 6 Einstellung von AGRI-contact

Die Agrisano Krankenkasse AG kann die Telmed-Versicherung AGRI-contact unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten gesamthaft oder in einzelnen Regionen auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen und die versicherte Person wird mit der bestehenden Franchise in die ordentliche Krankenversicherung umgeteilt.

III. GRUNDZÜGE UND VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Art. 7 Grundsatz

Bei jedem gesundheitlichen Problem hat die versicherte Person oder an ihrer Stelle eine Drittperson vor der Vereinbarung eines Termins für eine Behandlung bei Ärzten, Chiropraktoren und in Spitälern, sofern die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und dieses Reglement nichts anderes vorsehen, zwingend mit dem ärztlichen Beratungszentrum der Medgate AG telefonisch Kontakt aufzunehmen. Dieses berät die versicherte Person medizinisch und vereinbart mit ihr den optimalen Behandlungspfad sowie das Zeitfenster, innerhalb von welchem die Konsultation erfolgen soll. Die versicherte Person ist an den von der Medgate AG vorgeschlagenen Behandlungsplan und/oder an die Leistungserbringer Kategorie gebunden.

Die versicherte Person kann jedoch den konkreten Leistungserbringer, den sie im Rahmen der Empfehlung des Zentrums für Telemedizin konsultieren möchte, im Rahmen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) grundsätzlich frei wählen.

Erfolgt vom behandelnden Arzt ein Aufgebot zur Nachkontrolle, eine Überweisung zu einem anderen Arzt, ins Spital oder ins Pflegeheim, muss eine Rücksprache mit der Medgate AG stattfinden, um ein neues Zeitfenster zu definieren. Beim Eintritt in ein Pflegeheim ist mit der Medgate AG vorgängig Kontakt aufzunehmen.

Der Austritt aus einem Spital oder aus einem Pflegeheim ist der Medgate AG baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden.

Art. 8 Ausnahmen

Nachfolgende Behandlungen können ohne vorherige Kontaktaufnahme mit der Medgate AG erfolgen:

a) Notfallbehandlungen
Notfalldefinition: Ein Notfall liegt vor, wenn ein lebensbedrohlicher Zustand besteht (Einschätzung der versicherten Person oder von Dritten) oder eine so unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit besteht, so dass es nicht mehr zumutbar und/oder möglich ist, die Medgate AG vorgängig zu kontaktieren.
Notfallbehandlungen sind im gleichen Umfang wie in der ordentlichen Krankenversicherung versichert und der Medgate AG baldmöglichst, spätestens jedoch innert 20 Tagen, zu melden. Sollte anschliessend an eine Notfallbehandlung eine Kontrollkonsultation nötig sein, muss diese in Absprache mit der Medgate AG erfolgen.

b) Gynäkologische-, ophthalmologische sowie zahnärztliche Behandlungen
Ausnahmen sind ebenfalls gynäkologische Behandlungen inklusive Schwangerschafts-Kontrolluntersuchungen durch einen Arzt, Leistungen der Hebamme, ophthalmologische Behandlungen sowie zahnärztliche Behandlungen.

c) Medizinische Hilfspersonen
Weitere Ausnahmen sind Behandlungen bei medizinischen Hilfspersonen, wie namentlich Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, die im Auftrag vom Arzt Leistungen erbringen.

IV. VERSICHERUNGSPRÄMIEN/ KOSTENBETEILIGUNGEN

Art. 9 Prämien/Rabatt

Die Versicherten der Telmed-Versicherung AGRI-contact erhalten einen Rabatt auf die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG. Der Rabatt kann regional unterschiedlich sein. Massgebend ist der von der Aufsichtsbehörde genehmigte Prämientarif.

Art. 10 Kostenbeteiligung

Für die Berechnung der Jahresfranchise, des Selbstbehaltes sowie des Betrages für die Kosten eines Spitalaufenthaltes gelten die Bestimmungen des KVG. Die versicherte Person verpflichtet sich, der Agrisano Krankenkasse AG die Franchise, den Selbstbehalt und den Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts gemäss den massgebenden bundesrechtlichen Vorschriften zu vergüten. Die versicherte Person kann sich auch für eine höhere als die ordentliche Jahresfranchise entscheiden.

V. SANKTIONEN

Art. 11 Verstoss gegen die Beratungspflicht

Begibt sich eine versicherte Person ausserhalb von den in Artikel 8 dieses Reglements abschliessend aufgezählten Ausnahmefällen ohne vorherige Kontaktaufnahme mit der Medgate AG in Behandlung, so werden folgende Massnahmen eingeleitet:

Nach dem ersten Fehlverhalten werden die AGRI-contact Versicherten schriftlich auf die Folgen eines weiteren Fehlverhaltens hingewiesen.

Beim zweiten Fehlverhalten werden die AGRI-contact Versicherten in die ordentliche Krankenpflegeversicherung umgeteilt.

Die Umteilung erfolgt nach Bekanntwerden des Fehlverhaltens auf den Ersten des darauffolgenden Monats. Nach einer erfolgten Umteilung ist der Übertritt in ein alternatives Versicherungsmodell während dreier Jahre nicht mehr möglich.

VI. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Art. 12 Datenaustausch

Mitarbeitende der Agrisano Krankenkasse AG unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und halten sich an die datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), an den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), an das Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) sowie an zusätzliche reglementarische Bestimmungen über den Datenschutz.

Die Agrisano Krankenkasse AG bearbeitet die Daten zur Bestimmung der Prämie, zur Bearbeitung von Schadenfällen, für statistische Auswertungen sowie für die Managed Care. Die Daten werden in physischer oder elektronischer Form aufbewahrt.

Die Agrisano Krankenkasse AG kann, soweit dies erforderlich und gesetzlich zulässig ist, Daten an berechtigte Dritte weiterleiten. Die Agrisano Krankenkasse AG kann zudem - soweit gesetzlich zulässig - bei Leistungserbringern, anderen Versicherern und Behörden alle Daten einholen, die sie für die Abklärung des Leistungsanspruchs benötigt.

Die versicherte Person hat das Recht, bei der Agrisano Krankenkasse AG über die sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

Die Mitarbeitenden der Medgate AG unterliegen ebenfalls der gesetzlichen Schweigepflicht und den datenschutzrechtlichen Bestimmungen des KVG, ATSG und DSG sowie zusätzlichen reglementarischen Bestimmungen über den Datenschutz.

Die Agrisano Krankenkasse AG liefert im Rahmen der vorliegenden Versicherungsform der Medgate AG die für die Durchführung des Vertrages notwendigen Daten der versicherten Person, insbesondere Versichertennummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse, Behandlungsrechnungen und Angaben zur Versicherungsdeckung.

Die Medgate AG liefert der Agrisano Krankenkasse AG diejenigen Daten, die notwendig sind, um den Leistungsanspruch zu prüfen, insbesondere Angaben zum Telefonanruf (Zeitpunkt) und zur erteilten Empfehlung. Gesundheitsdaten der versicherten Person, sofern diese für eine Leistungsbeurteilung zugezogen werden müssen, werden ausschliesslich dem vertrauensärztlichen Dienst der Agrisano Krankenkasse AG mitgeteilt.

Mit dem Beitritt zur Telmed-Versicherung AGRI-contact erklärt sich die versicherte Person mit den Bedingungen über den Datenaustausch sowie der Bearbeitung ihrer Daten einverstanden

Art. 13 Telefonische Beratung

Die von der Medgate AG erteilte Beratung wird durch die Telmed-Versicherung AGRI-contact finanziert und ist daher für den Versicherungsnehmer kostenlos. Die versicherte Person bezahlt für den Anruf den üblichen Telefontarif. Die Telefongespräche werden von der Medgate AG aufgezeichnet und archiviert. Im Streitfall können die Aufzeichnungen als Beweismittel geltend gemacht und nötigenfalls vor Gericht zum Beweis aufgelegt werden. Das Personal der Agrisano Krankenkasse AG hat ohne entsprechende Bevollmächtigung durch die versicherte Person keinen Zugriff zu diesen Informationen.

Art. 14 Haftung

Die Agrisano Krankenkasse AG haftet weder für die Datenverwaltung der Medgate AG noch für die medizinischen Empfehlungen der Medgate AG. Die Haftung für die Datenverwaltung und für die abgegebenen medizinischen Empfehlungen sowie für die therapeutischen und diagnostischen Leistungen liegt ausschliesslich bei der Medgate AG und den jeweiligen Leistungserbringern.

Art. 15 Verhältnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen KVG

Sofern das vorliegende Reglement keine anderweitigen Regelungen enthält, gelten sinngemäss die AVB der Agrisano Krankenkasse AG.

Art. 16 Inkrafttreten des Reglements

Dieses Reglement tritt am 01.01.2019 Kraft.

REGLEMENT HAUSARZTVERSICHERUNG AGRI-eco

Personenbezeichnungen gelten gleichermassen für beide Geschlechter.

I. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Art. 1 Zweck

Die Hausarztversicherung AGRI-eco verfolgt folgende Ziele:
a) Förderung des Vertrauensverhältnisses zwischen Hausarzt und Patient.
b) Koordination der medizinischen Behandlungen durch den gewählten Hausarzt. Dadurch sollen Qualität und Effizienz der medizinischen Leistungen gesteigert und Kosteneinsparungen erzielt werden.
c) Stärkung einer eigenverantwortlichen und kostenbewussten Lebensweise der Versicherten.

Art. 2 Rechtsgrundlage

1 Die Hausarztversicherung AGRI-eco ist eine besondere Versicherungsform im Sinne von Artikel 41 Absatz 4 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in Verbindung mit Artikel 62 Absatz 1 KVG.
2 Die Hausarztversicherung AGRI-eco zeichnet sich insbesondere durch eine eingeschränkte Arztwahl aus.

II. VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Art. 3 Versicherungsmöglichkeit

Die Hausarztversicherung AGRI-eco steht im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen allen interessierten Personen offen, die Wohnsitz in jenen Gebieten haben, in denen die Agrisano Krankenkasse AG diese Versicherungsform anbietet.

Art. 4 Beitritt und Versicherungswechsel

1 Der Beitritt oder Übertritt von der ordentlichen Versicherung zur Hausarztversicherung AGRI-eco ist jederzeit auf den ersten Tag eines Monats, jedoch frühestens auf den ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats möglich.
2 Für den Wechsel von der Hausarztversicherung AGRI-eco zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer gelten die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Agrisano Krankenkasse AG sinngemäss. Ein Wechsel ist unter Einhaltung der gemäss KVG geltenden Kündigungsfristen jeweils auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.
3 Bei Wohnortswechsel in eine Region, in welcher die Agrisano Krankenkasse AG die Hausarztversicherung AGRI-eco nicht anbietet, ist ein vorzeitiger Wechsel in das ordentliche Versicherungsverhältnis auf den ersten des dem Wohnortswechsel folgenden Monats möglich. Die versicherte Person informiert die Agrisano Krankenkasse AG vorgängig schriftlich.

Art. 5 Einstellung der Hausarztversicherung AGRI-eco

Die Agrisano Krankenkasse AG kann die Hausarztversicherung AGRI-eco auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen. Die entsprechende Mitteilung an die versicherte Person erfolgt mindestens zwei Monate im Voraus und weist auf das Recht hin, den Versicherer zu wechseln.

Art. 6 Wahl des Hausarztes

1 Die versicherte Person schränkt sich bei der Wahl des Arztes freiwillig ein, indem sie einen Hausarzt aus der von der Agrisano Krankenkasse AG herausgegebenen Ärzteliste auswählt. Die Wahl des Hausarztes erfolgt mit der Antragstellung zur Hausarztversicherung AGRI-eco.
2 Die versicherte Person verpflichtet sich, für alle Behandlungen und Untersuchungen – mit Ausnahme der Bestimmungen gemäss Art. 9 – immer zuerst den gewählten Hausarzt zu konsultieren.

Art. 7 Wechsel des Hausarztes

1 Ein Wechsel des Hausarztes ist nur unter Einhaltung einer Mitteilungsfrist von drei Monaten auf den 30. Juni oder 31. Dezember möglich. Die Mitteilung muss schriftlich erfolgen.
2 In folgenden Fällen kann die versicherte Person ausserordentlich auf den ersten des folgenden Monats zu einem anderen Hausarzt wechseln:
a) bei Wohnsitzwechsel;
b) wenn der gewählte Hausarzt seine Praxis schliesst oder in eine andere politische Gemeinde verlegt;
c) bei Zerwürfnis zwischen dem Versicherten und dem gewählten Hausarzt.

Die versicherte Person informiert die Agrisano Krankenkasse AG in den Fällen Abs. 2 lit. a) bis c) schriftlich über solche Ereignisse.

3 Bei Ausscheiden des Hausarztes aus der Hausarztversicherung AGRI-eco kann der Versicherer ausserordentlich i.S.v. Art. 7 Abs. 2 auf den ersten des folgenden Monats der versicherten Person einen Hausarztwechsel anzeigen.

III. GRUNDZÜGE UND VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Art. 8 Grundsatz

Vor einer ambulanten, teilstationären oder stationären Behandlung sowie vor dem Bezug von Medikamenten und Hilfsmitteln ist immer zuerst der gewählte Hausarzt zu konsultieren. Dieser überweist den Versicherten bei Bedarf an einen Spezialisten, eine medizinische Hilfsperson oder ein Spital.

Art. 9 Ausnahmen

Folgende Ausnahmen berechtigen die versicherte Person, vom Grundsatz der Erstkonsultation des gewählten Hausarztes abzuweichen:
a) Notfälle:
Notfallbehandlungen sind im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unabhängig davon gedeckt, ob die Behandlung durch den gewählten Hausarzt oder einen Notfallarzt erfolgt. Vorbehalten bleibt die Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit durch den gewählten Hausarzt oder den Vertrauensarzt der Agrisano Krankenkasse AG.
b) Frauenarzt:
Für Untersuchungen und Behandlungen sowie die geburtshilfliche Betreuung bei Spezialärzten für Gynäkologie und Geburtshilfe gewährt die Agrisano Krankenkasse AG der versicherten Person freie Arztwahl. Vor frauenärztlichen Operationen ist mit dem gewählten Hausarzt Rücksprache zu nehmen und dessen Zustimmung einzuholen.
c) Augenarzt:
Für augenärztliche Untersuchungen und Behandlungen gewährt die Agrisano Krankenkasse AG der versicherten Person freie Arztwahl. Vor augenärztlichen Operationen ist mit dem gewählten Hausarzt Rücksprache zu nehmen und dessen Zustimmung einzuholen.

Art. 10 Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen richten sich vollumfänglich nach den Bestimmungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG.

Art. 11 Medikamente/Förderung von Generika

1 Die Agrisano Krankenkasse AG fördert die Verwendung von preisgünstigen Arzneimitteln. Die Mitglieder der Hausarztversicherung AGRI-eco sind deshalb verpflichtet, beim Bezug von Medikamenten das günstigste Arzneimittel mit demselben Wirkstoff zu wählen. Wählt die versicherte Person nicht das preisgünstigste Medikament, so reduziert sich die kassenpflichtige Leistung auf 65 % des entsprechenden Medikamentenpreises. Im Weiteren gelten die Bestimmungen gemäss Artikel 52 KVG und Artikel 52a KVG.
2 Der kassenpflichtige Betrag des Medikaments untersteht der gewählten Franchise, und es wird ein Selbstbehalt von 10 % erhoben. Ein höherer Selbstbehalt gilt, sofern die Bestimmungen von Artikel 38a der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung) zutreffen.

IV. VERSICHERUNGSPRÄMIEN/KOSTENBETEILIGUNG

Art. 12 Versicherungsprämien/Rabatt

1 Die Versicherten der Hausarztversicherung AGRI-eco erhalten einen Rabatt auf die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG.
2 Der Rabatt kann regional unterschiedlich sein.
3 Massgebend ist der von der Aufsichtsbehörde genehmigte Prämientarif.

Art. 13 Kostenbeteiligung

Die versicherte Person verpflichtet sich, der Agrisano Krankenkasse AG die Franchise, den Selbstbehalt und den Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts gemäss den massgebenden bundesrechtlichen Vorschriften zu vergüten.

V. MITWIRKUNGSPFLICHTEN

Art. 14 Information zur Mitgliedschaft

Die versicherte Person stellt bei jedem Arztbesuch sicher, dass der Hausarzt davon Kenntnis hat, dass sie der Hausarztversicherung AGRI-eco der Agrisano Krankenkasse AG angehört. In Notfällen gibt sie sich, sobald dies möglich ist, als Versicherte der Hausarztversicherung AGRI-eco der Agrisano Krankenkasse AG zu erkennen.

Art. 15 Notfallbehandlungen

Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitalbehandlung oder eine ambulante Behandlung durch einen Notfallarzt erforderlich, ist die versicherte Person verpflichtet, ihrem ausgewählten Hausarzt zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine Bescheinigung und einen Bericht des Notfallarztes zukommen zu lassen.

Art. 16 Überweisung durch den ausgewählten Hausarzt

Jede Behandlung bei einem Spezialarzt, bei einer medizinischen Hilfsperson oder in einem Spital erfordert eine Überweisung des Hausarztes.

Art. 17 Operative Eingriffe

Empfiehlt ein Spezialarzt (inkl. Frauen- und Augenarzt) einen operativen Eingriff, so ist die versicherte Person verpflichtet, vor dieser Operation das Einverständnis des Hausarztes einzuholen.

Art. 18 Aufenthalte in Spitälern und Tageskliniken

Einweisungen und Behandlungen in Spitälern und Tageskliniken sind mit Ausnahme von Notfällen nur mit dem Einverständnis des gewählten Hausarztes möglich.

Art. 19 Rehabilitationsaufenthalte und Badekuren

Beansprucht die versicherte Person eine Rehabilitations- oder Badekur, so hat sie mindestens 14 Tage im Voraus ihren Hausarzt zu konsultieren. Der Hausarzt gibt zu Händen des Vertrauensarztes der Agrisano Krankenkasse AG eine begründete Empfehlung ab.

Art. 20 Meldepflicht bei Hausarztwechsel

[1] Bei einem Wechsel des Hausarztes gemäss Art. 7 dieses Reglements ist die versicherte Person verpflichtet, sich bei ihrem bisherigen Hausarzt mindestens 14 Tage vor dem Arztwechsel schriftlich abzumelden und dies auch der Agrisano Krankenkasse AG schriftlich mitzuteilen.
[2] Teilt die versicherte Person mit der Abmeldung keinen neuen Hausarzt mit, so erfolgt auf den ersten des Folgemonats automatisch die Umteilung in die ordentliche Versicherung.

Art. 21 Weiterleitung Patientendossier

Mit der Antragsunterzeichnung zur Hausarztversicherung AGRI-eco erklärt sich die versicherte Person damit einverstanden, dass bei einem Hausarztwechsel zur Vermeidung unnötiger Abklärungen ein vollständiges Patientendossier direkt vom bisherigen Hausarzt an den vom Versicherten neu bezeichneten Hausarzt weitergeleitet wird.

Art. 22 Datentransfer und Datenschutz

Die versicherte Person erklärt sich mit dem Beitritt zur Hausarztversicherung AGRI-eco damit einverstanden, dass ihr Hausarzt durch die Agrisano Krankenkasse AG über die durch dritte Leistungserbringer entstandenen Kosten informiert wird. Beim Datenaustausch halten sich die Parteien an die datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäss KVG, dem allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG).

VI. SANKTIONEN

Art. 23 Verletzung von Mitwirkungspflichten/Sanktionen

[1] Die Übernahme der Kosten für Behandlungen, die ohne Einverständnis des Hausarztes erfolgt sind und nicht unter die Ausnahmebestimmungen gemäss Art. 9 dieses Reglements fallen, erfahren eine Kürzung. Vorbehalten bleibt der Nachweis der versicherten Person, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht aus entschuldbaren Gründen erfolgt ist.
[2] Bei der erstmaligen Verletzung beträgt die Kürzung vor Abzug der Kostenbeteiligung maximal 50 %.
[3] Bei wiederholter Verletzung kann die Kostenübernahme ganz verweigert werden. Die Agrisano Krankenkasse AG kann die versicherte Person zudem auf den ersten des Folgemonats aus der Hausarztversicherung AGRI-eco ausschliessen. Massgebend ist das Datum des Fehlverhaltens. Der Ausschluss erfolgt schriftlich und führt automatisch zu einem Wechsel in die ordentliche Versicherung. Ein Antrag auf Wiedereintritt in die Hausarztversicherung AGRI-eco kann frühestens nach Ablauf von 36 Monaten gestellt werden.

VII. SCHLUSSBESTIMMUNGEN

Art. 24 Verhältnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen KVG

Sofern das vorliegende Reglement keine anderweitigen Regelungen enthält, gelten sinngemäss die AVB der Agrisano Krankenkasse AG.

Art. 25 Inkrafttreten

Dieses Reglement tritt per 1. Januar 2019 in Kraft.