

## Besondere Bedingungen der Versicherung PrimaFlex

**RX**

RXGM01-A3 – Ausgabe 01.04.2025

### Inhalt

<b>Art. 1</b>	Versicherungsmodell	<b>Art. 8</b>	Behandlungspfade und Leistungen ohne Franchise oder Selbstbehalt
<b>Art. 2</b>	Beitritt	<b>Art. 9</b>	Datenverarbeitung
<b>Art. 3</b>	Kündigung	<b>Art. 10</b>	Prämien
<b>Art. 4</b>	Versicherungsgrundsätze	<b>Art. 11</b>	Aufhebung oder Änderung des Versicherungsmodells
<b>Art. 5</b>	Pflichten der versicherten Person	<b>Art. 12</b>	Inkrafttreten
<b>Art. 6</b>	Abweichungen von den Versicherungsgrundsätzen		
<b>Art. 7</b>	Nichteinhaltung der Pflichten der versicherten Person		

Diese Besonderen Versicherungsbedingungen sind zusätzlich zu den Ergänzenden Ausführungsbestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG (AVB) anwendbar. Das Ausgabedatum der Ausführungsbestimmungen ist auf dem Versicherungsausweis aufgeführt.

### Art. 1 Versicherungsmodell

Die Versicherung PrimaFlex ist eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nach Art. 41 Abs. 4 und Art. 62 KVG sowie Art. 99 bis 101a KVV.

### Art. 2 Beitritt

1. Jede Person mit Wohnsitz in den Regionen, in der die Versicherung PrimaFlex angeboten wird, kann der Versicherung beitreten.
2. Unter Vorbehalt gegenteiliger Bestimmungen in diesen Bedingungen ist der Beitritt jederzeit möglich, sofern dem Wechsel des Versicherungsmodells keine gesetzliche Frist entgegensteht.

### Art. 3 Kündigung

Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder einem anderen Versicherer ist auf das Ende eines Kalenderjahrs unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG vorgesehenen Frist möglich.

### Art. 4 Versicherungsgrundsätze

1. Die Versicherung PrimaFlex basiert auf der Wahl zwischen mehreren Erstanlaufstellen.
2. Bei Gesundheitsproblemen ist die versicherte Person verpflichtet, zuerst eine der folgenden Partner-Erstanlaufstellen zu kontaktieren, die auf der Webseite [www.groupemutuel.ch](http://www.groupemutuel.ch) aufgelistet sind:
  - a. **Partnerapotheke**  
Die Partnerapotheke führt eine Beratung durch (nachfolgend «**Beratungsgespräch**»), bevor ein Arzt aufgesucht wird.  
Diese Beratung beschränkt sich auf den üblichen Kompetenzbereich des Apothekenpersonals.  
Das Personal der Apotheken führt das

Beratungsgespräch und überweist die versicherte Person bei Bedarf und nach Absprache mit dem Apotheker an einen anderen medizinischen Leistungserbringer. Diese Dienstleistung wird den versicherten Personen nicht in Rechnung gestellt.

#### b. **Telemedizin-Partner**

Die Erstanlaufstelle kann ein Partner für Telemedizin oder eine digitale Gesundheitslösung sein. Der Telemedizin-Partner führt Beratungsgespräche durch (nachfolgend «**Beratungsgespräch**»), bevor ein Arzt aufgesucht wird, und überweist die versicherte Person bei Bedarf an einen anderen medizinischen Leistungserbringer. Diese Dienstleistung wird den versicherten Personen nicht in Rechnung gestellt.

3. Wenn die versicherte Person möchte, kann sie dem Versicherer die Kontaktdaten eines Arztes (nachfolgend «**Hausarzt**») übermitteln. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, ihren Hausarzt aufzusuchen, aber wenn sie es tut, entfällt die Verpflichtung, vorab eine Partner-Erstanlaufstelle zu kontaktieren. Der Hausarzt kann eine natürliche Person oder eine Gruppenpraxis sein, frei wählbar unter allen Ärzten, die ihre Tätigkeit gemäss KVG in der Schweiz ausüben dürfen.

### Art. 5 Pflichten der versicherten Person

1. Bei Gesundheitsproblemen ist die versicherte Person verpflichtet, sich zuerst an eine der Partner-Erstanlaufstellen zu wenden und aktiv am Beratungsgespräch teilzunehmen.
2. Ein Beratungsgespräch (Apotheke oder Telemedizin) führt zu einer Behandlungsempfehlung. In diesem Fall ist es der versicherten Person freigestellt, innerhalb des von der Partner-Erstanlaufstelle festgelegten Behandlungszeitraums die medizinischen Schritte ihrer Wahl zu unternehmen.

3. Wenn die versicherte Person einen Hausarzt gewählt hat und sie diesen aufsuchen möchte, so ist sie von der in Abs. 1 genannten Verpflichtung befreit. Wenn infolge dieser Konsultation ein anderer Arzt oder Leistungserbringer aufgesucht werden muss, so hat die versicherte Person dem Versicherer eine Bestätigung (Überweisungsschein) zuzustellen, die bescheinigt, dass die Konsultation von ihrem Hausarzt angeordnet wurde. Einen Wechsel des Hausarztes muss die versicherte Person dem Versicherer vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt melden. Der Versicherer behält sich zudem das Recht vor, den Arzt, den die versicherte Person am häufigsten aufgesucht hat, von sich aus als Hausarzt der versicherten Person zu bestimmen.
4. Konsultiert die versicherte Person einen anderen Arzt als den Hausarzt, so sind die Kontrollen oder Behandlungen, die von diesem anderen Arzt an einen weiteren medizinischen Leistungserbringer delegiert werden, von diesem anderen Arzt mit einem unterschriebenen Überweisungsschein zu bestätigen.

## **Art. 6 Abweichungen von den Versicherungsgrundsätzen**

Die versicherte Person ist von den Pflichten, die in Art. 5 der vorliegenden Besonderen Bedingungen beschrieben sind, befreit:

- bei einem Unfall oder in einem Notfall  
Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand der versicherten Person von ihr selbst oder von einer Drittperson als lebensbedrohlich eingeschätzt wird oder wenn eine notfallmässige Behandlung angebracht scheint.
- bei Untersuchungen und Behandlungen beim Gynäkologen
- bei Untersuchungen und Behandlungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt
- bei Untersuchungen und Behandlungen beim Augenarzt
- bei Untersuchungen und Behandlungen beim Kinderarzt
- bei Zahnbehandlungen
- bei der Nachsorge einer chronischen Erkrankung, sofern die versicherte Person dem Versicherer eine einmalige, von einem Arzt unterschriebene Bestätigung zukommen lässt

## **Art. 7 Nichteinhaltung der Pflichten der versicherten Person**

1. Nach zwei Mahnungen innerhalb eines Kalenderjahres wegen Missachtung der Grundsätze gemäss Art. 5 der vorliegenden Besonderen Bedingungen durch die versicherte Person, kann der Versicherer die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Monats aus der Versicherung PrimaFlex ausschliessen. In einem solchen Fall wird die versicherte Person in das obligatorische Grundversicherungsmodell mit freier Wahl der Leistungserbringer (Standardmodell) unter Beibehaltung der gleichen Franchise übertragen. Dies führt zu einer entsprechenden Anpassung der Prämie.
2. Nach Ausschluss im Sinne dieses Artikels ist eine Wiederaufnahme in eine obligatorische Grundversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer frühestens auf den 1. Januar des folgenden Kalenderjahres möglich.

## **Art. 8 Behandlungspfade und Leistungen ohne Franchise oder Selbstbehalt**

1. Die versicherte Person erklärt sich damit einverstanden, dass ihr der Versicherer, die Partner-Erstanlaufstellen oder von ihnen beauftragte Dritte Empfehlungen zu Prävention und Gesundheitsförderung (nachfolgend «Behandlungspfade») anbieten.
2. Diese Behandlungspfade werden den versicherten Personen punktuell nach Kriterien vorgeschlagen, die von Gesundheitsfachpersonen festgelegt werden. Die versicherten Personen sind nicht verpflichtet, diese Behandlungspfade zu nutzen.
3. Der Versicherer kann bei bestimmten Leistungen, die auf der Website [www.groupemutuel.ch](http://www.groupemutuel.ch) aufgelistet sind, auf die Erhebung der Franchise oder des Selbstbehalts verzichten.

## **Art. 9 Datenverarbeitung**

1. Die persönlichen Daten der versicherten Person werden gemäss den Bedingungen verarbeitet, die in den Ergänzenden Ausführungsbestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG sowie in der Datenschutzrichtlinie der Groupe Mutuel, die auf der Website [www.groupemutuel.ch](http://www.groupemutuel.ch) abrufbar ist, beschrieben sind.
2. Es wird auch darauf hingewiesen, dass der Versicherer den Partner-Erstanlaufstellen zur Identifizierung der versicherten Person folgende administrative Daten zur Verfügung stellt: Name, Vorname, Versichertennummer, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse und Versicherungsdeckung. Die Apotheken identifizieren die versicherte Person anhand derselben Daten, die auf der Versichertenkarte aufgeführt sind.
3. Damit der Versicherer zudem die Einhaltung der Pflichten der versicherten Person gemäss Art. 5 der vorliegenden Besonderen Bedingungen beurteilen kann, übermitteln ihm die Partner-Erstanlaufstellen zudem die erforderlichen Angaben wie Datum und Uhrzeit der Konsultation, Art der Behandlungsempfehlung, Kategorie des empfohlenen Leistungserbringers und Behandlungszeitraum.
4. Bei einer Reklamation der versicherten Person können der Versicherer, die Partner-Erstanlaufstellen und die von ihnen beauftragten Dritten Informationen über die versicherte Person austauschen, insbesondere über den Inhalt der Konsultationen. Diese Informationen können sensible Daten enthalten.

## **Art. 10 Prämien**

Die Prämie der Versicherung PrimaFlex kann gegenüber der Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit ordentlicher oder wählbarer Franchise reduziert werden.

## **Art. 11 Aufhebung oder Änderung des Versicherungsmodells**

1. Der Versicherer kann die Versicherung PrimaFlex jederzeit ändern oder aufheben.
2. Bei Aufhebung der Versicherung wird die versicherte Person in ein möglichst ähnliches Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder, falls es kein solches gibt, in das Standardmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übertragen. Die Franchise bleibt gleich.

## **Art. 12 Inkrafttreten**

Diese Besonderen Versicherungsbedingungen treten am 1. April 2025 in Kraft.