

## Besondere Bedingungen der Versicherung PrimaCare

RFGM02-A4 – Ausgabe 01.01.2025

### Inhaltsverzeichnis

<b>Art. 1</b>	Versicherungsmodell	<b>Art. 8</b>	Datenverarbeitung
<b>Art. 2</b>	Beitritt	<b>Art. 9</b>	Prämien
<b>Art. 3</b>	Kündigung	<b>Art. 10</b>	Ende der Mitgliedschaft
<b>Art. 4</b>	Versicherungsgrundsatz	<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 vom Versicherungsgrundsatz		
<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 PrimaCare 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 PrimaCare angeboten wird, kann der Versicherung beitreten.
2. Der Beitritt kann jederzeit erfolgen, soweit einem 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 Kalenderjahres unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG vorgesehenen Frist möglich.

### Art. 4 Versicherungsgrundsatz

Die Versicherung PrimaCare basiert auf dem Hausarztprinzip. Als Hausarzt wird eine natürliche Person oder eine Gruppenpraxis verstanden. Dieser stellt die medizinische Grundversorgung sicher, koordiniert die weitere Behandlung und leitet die versicherte Person wenn nötig an einen anderen medizinischen Leistungserbringer weiter.

### Art. 5 Pflichten der versicherten Person

1. Beim Beitritt zur Versicherung PrimaCare wählt der Versicherte einen Hausarzt frei unter allen Ärzten, die ihre Tätigkeit gemäss KVG in der Schweiz ausüben dürfen. Der Versicherte übermittelt dem Versicherer die entsprechenden Angaben.

2. Bei gesundheitlichen Problemen ist die versicherte Person verpflichtet, zuerst den Hausarzt zu konsultieren.
3. Für jegliche Konsultation bei einem anderen Arzt oder medizinischen Leistungserbringer ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer eine Überweisungsbestätigung zuzustellen, die bescheinigt, dass die Konsultation von ihrem Hausarzt angeordnet wurde.
4. Konsultiert die versicherte Person einen anderen Arzt als den Hausarzt, müssen die Kontrollen oder Behandlungen, die von diesem anderen Arzt an einen weiteren medizinischen Leistungserbringer delegiert wurden, schriftlich von diesem anderen Arzt bestätigt werden (Überweisungsbestätigung).
5. Die versicherte Person muss dem Versicherer jegliche Änderung des Hausarztes vor der ersten Konsultation beim neuen Hausarzt mitteilen.

### Art. 6 Abweichungen vom Versicherungsgrundsatz

Die versicherte Person ist von den Pflichten, die in Art. 5 Abs. 2 bis 4 der vorliegenden Besonderen Bedingungen beschrieben sind, befreit:

- bei einem Unfall oder in einem Notfall  
Die versicherte Person muss den Hausarzt innert 15 Tagen nach der Konsultation informieren. Ein Notfall besteht, wenn der Zustand der versicherten Person durch ihn oder einen Dritten als lebensgefährlich erachtet 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, unter der Bedingung, dass die versicherte Person dem Versicherer eine einmalige, von einem Arzt unterschriebene Bestätigung zukommen lässt

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

Nach zwei Mahnungen innerhalb eines Kalenderjahres wegen Missachtung der Grundsätze gemäss Art. 5 Abs. 2 bis 4 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 PrimaCare ausschliessen. In einem solchen Fall wird die versicherte Person in das Standardmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übertragen. Die Franchise bleibt.

## **Art. 8 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 Hausarzt und eventuelle von ihm beauftragte Dritte dem Versicherer zur Beurteilung der Einhaltung der in Art. 5 Abs. 2 bis 4 dieser Besonderen Bedingungen festgelegten Pflichten der versicherten Person die erforderlichen Daten übermitteln, wie z. B. Datum und Uhrzeit der Konsultation, Art der Behandlungsempfehlung, Kategorie des empfohlenen Leistungserbringers und Behandlungszeitraum.
3. Bei einer Reklamation der versicherten Person können der Hausarzt und der Versicherer Informationen über die versicherte Person austauschen, insbesondere Angaben zum Inhalt der Konsultationen. Diese Informationen können sensible Daten enthalten.

## **Art. 9 Prämien**

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

## **Art. 10 Ende der Mitgliedschaft**

1. Die Versicherung PrimaCare erlischt insbesondere, wenn:
  - a. die versicherte Person ihren Wohnsitz in eine Region verlegt, in der PrimaCare nicht angeboten wird
  - b. der von der versicherten Person gewählte Hausarzt die erforderlichen Behandlungen nicht mehr koordinieren kann (aufgrund des Gesundheitszustands der versicherten Person, insbesondere bei einem Aufenthalt der versicherten Person in einem Pflegeheim, oder aus jeglichem anderen Grund)
2. In diesen Fällen kann die versicherte Person beim Versicherer beantragen, ein Versicherungsmodell ihrer Wahl unter den Versicherungen mit eingeschränkter Wahl

des Leistungserbringers weiterzuführen, unter Beibehaltung der gleichen Franchise. Erfolgt kein solcher Antrag, wird die versicherte Person automatisch in ein ähnliches Modell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers oder, falls es kein solches gibt, in das Standardmodell der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übertragen, unter Beibehaltung der gleichen Franchise. Diese automatische Übertragung erfolgt gemäss lit. a zum Zeitpunkt des Wohnsitzwechsels oder gemäss lit. b am 1. Januar des Folgejahrs.

3. Um das Modell PrimaCare beizubehalten, kann die versicherte Person im Fall von lit. b dem Versicherer die Kontaktdaten eines neuen Hausarztes mitteilen. 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.

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

1. Der Versicherer kann die Versicherung PrimaCare jederzeit ändern oder aufheben.
2. Bei Aufhebung der Versicherung wird die versicherte Person in ein möglichst ähnliches Versicherungsmodell mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers 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. Januar 2025 in Kraft.