

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (AVB KVG) Ausgabe 2023

Inhaltsverzeichnis

- Seite 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (AVB KVG) OKP, CASAMED und SMARTMED
- Seite 10 Ergänzende Bedingungen (EB) für das Hausarzt-System CASAMED
- Seite 14 Ergänzende Bedingungen (EB) für die digitale alternative Versicherungsform SMARTMED

Die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB KVG und in den Ergänzenden Bedingungen EB gewählte männliche Form gilt aus Gründen der besseren Lesbarkeit für alle Geschlechter.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (AVB KVG) OKP, CASAMED und SMARTMED

Inhaltsübersicht

A Allgemeines		E Prämien und Kostenbeteiligung			
Art. A1	Rechtsgrundlagen	3	Art. E1	Prämientarif	6
Art. A2	Inhalt	3	Art. E2	Prämienabstufung/Altersgruppen	6
Art. A3	Abgrenzungen	3	Art. E3	Prämienreduktionen/ Prämienverbilligung	7
			Art. E4	Prämienzahlung/Zahlungsfristen	7
			Art. E5	Zahlungsverzug	7
			Art. E6	Kostenbeteiligung	7
B Versicherungsverhältnis			F Mitwirkungspflichten		
Art. B1	Versicherte Personen/ Versicherungspflicht	3	Art. F1	Allgemeines	8
Art. B2	Beitritt/Aufnahme	3	Art. F2	Meldepflichten	8
Art. B3	Beginn der Versicherung	3			
Art. B4	Ende der Versicherung	3			
Art. B5	Kündigung und Wechsel des Versicherers	4	G Verschiedene Bestimmungen		
Art. B6	Sistierung der Unfalldeckung	4	Art. G1	Schweigepflicht	8
Art. B7	Sistierung bei Militärdienst	4	Art. G2	Rechtspflege	8
			Art. G3	Akteneinsicht	9
			Art. G4	Anwendung der vorliegenden AVB KVG	9
			Art. G5	Schlussbestimmungen	9
C Besondere Versicherungsformen					
Art. C1	Wahlmöglichkeiten	4			
D Leistungen					
Art. D1	Leistungsumfang	5			
Art. D2	Wahl der Leistungserbringer	5			
Art. D3	Unfall	5			
Art. D4	Leistungen im Ausland	5			
Art. D5	Überentschädigung und Leistungen Dritter	6			
Art. D6	Verrechnung/Rückerstattungspflicht	6			
Art. D7	Abtretung und Verpfändung	6			
Art. D8	Abrechnung von Leistungen/Auszahlung	6			
Art. D9	Verhalten bei Krankheit und Unfall	6			
Art. D10	Leistungseinschränkungen	6			

A Allgemeines

Art. A1 | Rechtsgrundlagen

1 Grundlagen dieser Versicherung sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG), des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) und deren Ausführungsbestimmungen sowie die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB KVG) und allfällige Ergänzende Bedingungen (EB).

2 Soweit im Reglement der freiwilligen Taggeld-Versicherung (Salärausfall-Versicherung) nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten diese AVB KVG.

3 Mit Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens (FZA) zwischen der Schweiz und der Europäischen Union (EU) sowie des Koordinationsabkommens zwischen der Schweiz und Grossbritannien sind für Personen mit Wohnsitz in der EU und in Grossbritannien zudem abweichende Bestimmungen zu beachten. Diese beziehen sich namentlich auf den Kreis der versicherten Personen, deren Rechte und Pflichten, das Versicherungsverhältnis, die Leistungen wie auch die Prämien und Kostenbeteiligungen. Ferner bleibt zu beachten, dass sich das Tätigkeitsgebiet von Aquilana nebst der ganzen Schweiz auf folgende Staaten beschränkt: Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich, Grossbritannien, Niederlande, Portugal und Spanien.

Art. A2 | Inhalt

1 Die obligatorische Krankenpflege-Versicherung deckt nach Massgabe der bundesrechtlichen Vorschriften die Kosten der Diagnose oder Behandlung von Krankheit, Mutterschaft und Unfall sowie deren Folgen, sofern der Unfall nicht von der Deckung ausgeschlossen ist.

Art. A3 | Abgrenzungen

1 Sofern nicht ausdrücklich darauf verwiesen wird, finden diese AVB KVG keine Anwendung für die Bestimmungen zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) und die dazugehörigen Ausführungsbestimmungen.

B Versicherungsverhältnis

Art. B1 | Versicherte Personen/ Versicherungspflicht

1 Aquilana versichert natürliche Personen, die im Tätigkeitsgebiet der Versicherung ihren zivilrechtlichen Wohnsitz haben. Die soziale Krankenversicherung nach KVG sowie die besonderen Versicherungsformen nach Art. C1 AVB KVG können auch als Einzelversicherung in Form von Rahmenverträgen für die administrativen Aufgaben an Arbeitgeber, Arbeitgeberverbände, Arbeitnehmerverbände oder Fürsorgebehörden angeboten werden.

2 Der Kreis der versicherungspflichtigen Personen richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.

Art. B2 | Beitritt/Aufnahme

1 Der Beitritt ist auf dem von Aquilana abgegebenen Antragsformular schriftlich zu erklären oder in der dafür vorgesehenen elektronischen Form zu erfolgen. Die gestellten Fragen sind vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten, und es sind alle für die Aufnahme notwendigen Angaben und Unterlagen einzureichen. Für eine nicht handlungsfähige Person ist der Versicherungsantrag durch deren gesetzlichen Vertreter zu stellen.

Art. B3 | Beginn der Versicherung

1 Der Versicherungsschutz bei Aquilana beginnt am Tag des Eintritts der Versicherungspflicht, sofern die gesetzlichen Fristen zum Versicherungsbeitritt eingehalten wurden. Der Versicherungsantrag ist dabei innert drei Monaten seit Eintritt der Versicherungspflicht bei Aquilana einzureichen. Die Prämien sind ab Beginn der Versicherung (Geburt, Wohnsitznahme in der Schweiz) anteilmässig geschuldet.

2 Bei verspätetem Beitritt beginnt der Versicherungsschutz im Zeitpunkt des Beitritts. Dabei erhebt Aquilana bei nicht entschuldbarer Beitrittsverspätung nach der finanziellen Lage der Versicherten einen Prämienzuschlag von 30% bis 50% der Prämie. Hat die Zahlung des Prämienzuschlages eine Notlage für die Versicherten zur Folge, setzt Aquilana einen Zuschlag von weniger als 30% fest und trägt dabei der Lage der Versicherten und Umständen der Verspätung angemessen Rechnung. Die Erhebungsdauer für den Prämienzuschlag entspricht der doppelten Dauer der Verspätung, höchstens jedoch 5 Jahren. Wenn eine Sozialbehörde für die Prämien aufkommt, wird kein Prämienzuschlag erhoben.

Art. B4 | Ende der Versicherung

1 Die Versicherung endet durch:

- a** Tod der versicherten Person;
- b** Kündigung;
- c** Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes ins Ausland, sofern nicht aus staatsvertraglichen Gründen oder auf der Basis übergeordneter europäischer Rechtsvorschriften die Versicherung beibehalten wird;
- d** schriftliche Mitteilung bei Zahlungsverzug einer versicherten Person, jedoch erst nach vorgängig schriftlich oder elektronisch zugestellter Mahnung und unter Hinweis auf die Folgen des Zahlungsverzuges, sofern die versicherte Person nicht der schweizerischen Gesetzgebung über die Sozialhilfe untersteht und das Vollstreckungsverfahren fruchtlos bleibt;
- e** Bei weiteren gesetzlich vorgesehenen Erlösungsgründen.

2 Arbeitnehmende, die im Sinne von Art. 4 KVV ins Ausland entsandt werden, sowie unter gewissen Voraussetzungen die sie begleitenden Familienangehörigen, bleiben in der Schweiz versichert, wenn sie:

- unmittelbar vor der Entsendung in der Schweiz versicherungspflichtig waren; und
- für einen Arbeitgeber mit Sitz in der Schweiz tätig sind.

3 Bei Beendigung der Versicherung entsteht kein Anspruch auf das Vereinsvermögen; vorbehalten bleiben ausstehende Versicherungsleistungen. Die versicherte Person und bei dessen Ableben seine Erben haben ihren Verpflichtungen gegenüber Aquilana nachzukommen.

4 Die Prämien sind bei Wegzug ins Ausland oder im Todesfall anteilmässig geschuldet.

Art. B5 | Kündigung und Wechsel des Versicherers

1 Die Kündigung kann durch die versicherte Person unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist per 30. Juni oder per 31. Dezember erklärt werden.

2 Bei der Mitteilung von neuen, vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) genehmigten Prämien, kann die versicherte Person unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht. Aquilana kündigt allfällige Prämien erhöhungen mindestens zwei Monate im Voraus an und weist auf das Recht hin, den Versicherer zu wechseln.

3 Abweichende Bestimmungen in den besonderen Versicherungsformen gemäss Art. C1 AVB KVG (z.B. wählbare Franchise, Hausarzt-System CASAMED, SMARTMED) bleiben vorbehalten.

4 Die Kündigung oder der Wechsel des Versicherers sind nur gültig, wenn sie schriftlich oder elektronisch per E-Mail sowie frist- und termingerecht erfolgen. Die Kündigung gilt dann als fristgerecht erfolgt, wenn sie am letzten Arbeitstag vor Ablauf der Kündigungsfrist bei Aquilana eingegangen ist. Im Falle von Zahlungsausständen (Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten) kann der Versichererwechsel erst dann erfolgen, wenn die Ausstände bis zum Ablauf der Kündigungsfrist vollständig bezahlt sind.

5 Das Versicherungsverhältnis endet bei Aquilana erst, wenn ihr der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Unterlässt der neue Versicherer diese Mitteilung, so hat er der versicherten Person den daraus allenfalls entstandenen Schaden zu ersetzen, namentlich die Prämien-differenz.

Art. B6 | Sistierung der Unfalldeckung

1 Versicherte Personen, die nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG) obligatorisch für das Unfallrisiko voll gedeckt sind, können die Deckung für Unfälle in der Krankenversicherung sistieren. Aquilana veranlasst das Ruhen auf Antrag der versicherten Person, wenn diese nachweist, dass sie voll nach dem UVG versichert ist. Die Prämie wird entsprechend herabgesetzt. Die Sistierung der Unfalldeckung beginnt frühestens am ersten Tag des dem Antrag folgenden Monats.

2 Die Unfälle sind nach dem KVG gedeckt, sobald die Unfalldeckung nach dem UVG ganz oder teilweise aufhört.

3 Aquilana übernimmt die Kosten für die Folgen derjenigen Unfälle, welche vor dem Ruhen der Unfalldeckung bei ihr versichert waren.

4 Das Verfahren bei Ende der Sistierung und die entsprechenden Informations- und Meldepflichten richten sich nach den gesetzlichen Bestimmungen (Art. 10 KVG). Insbesondere ist die versicherte Person bei Erlöschen der Unfalldeckung nach UVG verpflichtet, dies Aquilana innerhalb eines Monats zu melden. Bei Nichterfüllung dieser Meldepflicht kann Aquilana den Prämienanteil für die Unfalldeckung samt Verzugszinsen erheben.

Art. B7 | Sistierung bei Militärdienst

1 Die Versicherungspflicht wird sistiert für Personen, die während mehr als 60 aufeinander folgenden Tagen dem Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG) unterstellt sind. Die Sistierungsmodalitäten richten sich nach Art. 10a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

C Besondere Versicherungsformen

Art. C1 | Wahlmöglichkeiten

1 Aquilana bietet in der Grundversicherung folgende Versicherungsformen gemäss den Bestimmungen des KVG an:

- OKP (herkömmliche Versicherungsform mit freier Arztwahl);
- CASAMED (Hausarzt-System mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer);
- SMARTMED (Applikationsbasierte digitale alternative Versicherungsform) sowie
- Wählbare Franchisen gemäss Art. C1 Abs. 3 AVB KVG

2 Sowohl für das Hausarzt-System CASAMED als auch für die digitale alternative Versicherungsform SMARTMED bestehen in Ergänzung zu den vorliegenden AVB KVG jeweils Ergänzende Bedingungen (EB). Soweit in den jeweiligen EB für das Hausarzt-System CASAMED und SMARTMED nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten diese vorliegenden AVB KVG.

3 Die möglichen frei wählbaren Franchisen sind gesetzlich geregelt, und die entsprechenden Prämienreduktionen sind aus dem Tarif ersichtlich. Aquilana bietet für versicherte Personen ab dem 19. Altersjahr folgende wählbare Franchisen an: CHF 500.–, CHF 1'000.–, CHF 1'500.–, CHF 2'000.– und CHF 2'500.–. Für versicherte Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr werden folgende wählbare Franchisen angeboten: CHF 100.–, CHF 200.– CHF 300.–, CHF 400.– und CHF 500.–. Die Wahl einer höheren Franchise kann nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen. Der Wechsel zu einer tieferen Franchise, in eine andere Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung der in Art. 7 Abs. 1 und 2 KVG festgesetzten Kündigungsfristen auf das Ende eines Kalenderjahres möglich.

4 Die Versicherung mit wählbaren Franchisen gemäss Art. C1 Abs. 3 AVB KVG gilt ebenfalls als besondere Versicherungsform. Sie kann für alle angebotenen Versicherungsformen gemäss Art. C1 Abs. 1 AVB KVG abgeschlossen werden.

5 Die erwähnten, besonderen Versicherungsformen (CASA-MED, SMARTMED und wählbare Franchisen) stehen Personen mit Wohnsitz in der EU und in Grossbritannien nicht zur Verfügung.

D Leistungen

Art. D1 | Leistungsumfang

1 Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt die Kosten für die Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen, bei Mutterschaft und bei Unfall. Der Leistungsumfang bemisst sich nach dem KVG und dessen Ausführungsbestimmungen sowie den vorliegenden AVB KVG.

Art. D2 | Wahl der Leistungserbringer

1 Die Versicherten können für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Bei ambulanter Behandlung übernimmt Aquilana die Kosten nach dem Tarif, der für den gewählten Leistungserbringer gilt. Für die stationäre Behandlung können die Versicherten unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Bei stationärer Behandlung in einem Listenspital übernehmen Aquilana und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Art. 49a KVG höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.

2 Muss die versicherte Person aus medizinischen Gründen die Dienste eines ausserhalb ihres Wohnkantons befindlichen öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals beanspru-

chen, so übernimmt der Wohnkanton die Differenz zwischen den in Rechnung gestellten Kosten und den Tarifen des betreffenden Spitals für Einwohner des Kantons.

3 Lehnt der Wohnkanton die Übernahme eines ausserkantonalen Spitalaufenthaltes ab, rechnet Aquilana die Leistungen so ab, wie wenn die versicherte Person auf der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton hospitalisiert gewesen wäre.

Art. D3 | Unfall

1 Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

2 Ist das Unfallrisiko versichert, so werden bei Unfall die gleichen Leistungen ausgerichtet wie bei Krankheit. Unfälle, für die eine andere Unfallversicherung aufzukommen hat, sind jedoch von der Deckung ausgeschlossen.

Art. D4 | Leistungen im Ausland

1 Ausserhalb der EU/EFTA-Ländern und Grossbritannien übernimmt Aquilana die Kosten von Behandlungen in einem Drittstaat gemäss den gesetzlichen Bestimmungen nur in Notfällen. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt einer medizinischen Behandlung bedarf und eine Rückreise in die Schweiz nicht angemessen ist. Die Kostenübernahme erfolgt höchstens bis zum doppelten Betrag der Kosten, die in der Schweiz vergütet würden. Diese Leistungen werden nur solange ausgerichtet, als die Heimreise oder Verlegung in die Schweiz medizinisch nicht zumutbar ist. Kein Notfall besteht, wenn sich die versicherte Person zum Zwecke der Behandlung ins Ausland begibt.

2 In EU/EFTA-Ländern und Grossbritannien übernimmt Aquilana alle Sachleistungen gemäss den geltenden Rechtsvorschriften des Abkommens über den freien Personenverkehr, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen.

3 Grenzgängerinnen und Grenzgänger sowie die übrigen nach Abkommen über den freien Personenverkehr in der Schweiz versicherungspflichtigen Personen mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU gemäss Art. A1 Abs. 3 AVB KVG und in Grossbritannien können sich gemäss den Bestimmungen des Abkommens über den freien Personenverkehr wahlweise in ihrem Wohnland oder in der Schweiz behandeln lassen. Für Leistungen, die in einem EU/EFTA-Land und in Grossbritannien erbracht werden, gilt die dortige Regelung der Kostenbeteiligung. Für Leistungen in der Schweiz gilt die Kostenbe-

teilungsregelung gemäss KVG. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Drittstaat erfolgt die Kostenübernahme bei medizinischen Notfällen bis zum doppelten Betrag der Kosten, die in der Schweiz vergütet würden.

Art. D5 | Überentschädigung und Leistungen Dritter

1 Das Zusammentreffen von Leistungen verschiedener Sozialversicherungen darf nicht zu einer Überentschädigung der versicherten Person führen. Bei der Berechnung der Überentschädigung werden nur Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die der anspruchsberechtigten Person aufgrund des Versicherungsfalles ausgerichtet werden.

2 Gegenüber Dritten, die für einen Versicherungsfall haften, tritt Aquilana im Zeitpunkt des Ereignisses bis zur Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche der versicherten Person ein. Die Einzelheiten bezüglich des Rückgriffsrechts richten sich nach den bundesrechtlichen Vorschriften.

Art. D6 | Verrechnung/Rückerstattungspflicht

1 Die Versicherungsleistungen dürfen durch Aquilana grundsätzlich mit den geschuldeten Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht verrechnet werden. Das Verrechnungsrecht der Aquilana ist jedoch gegenüber versicherungspflichtigen Personen mit Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU gemäss Art. A1 Abs. 3 AVB KVG und in Grossbritannien gemäss den Bestimmungen nach Art. 105m Abs. 2 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) gewahrt. Der versicherten Person steht gegenüber der Aquilana keine Verrechnung zu.

2 Im Weiteren kann Aquilana überschüssige Beiträge aus Prämienverbilligung, bei einem Wegzug ins Ausland oder Tod mit fälligen Leistungen / Kostenbeteiligungen verrechnen.

3 Von der versicherten Person zu Unrecht bezogene Leistungen sind Aquilana zurückzuerstatten.

Art. D7 | Abtretung und Verpfändung

1 Ohne ausdrückliche Zustimmung von Aquilana sind die Versicherten nicht berechtigt, Leistungsansprüche abzutreten oder zu verpfänden. Hingegen bleibt den Versicherten die Abtretungsmöglichkeit ihres Leistungsanspruches auf Rückerstattung gegenüber den Leistungserbringern (im System tiers garant) auf Grund von Art. 42 Abs. 1 KVG vorbehalten.

Art. D8 | Abrechnung von Leistungen/Auszahlung

1 Die versicherte Person ist dem Arzt gegenüber Honorarschuldner, sofern vertraglich mit den Ärzten keine andere Vereinbarung besteht. Die Rückerstattung seitens Aquilana im Rahmen des verbindlichen Tarifs bleibt gewährleistet. Diese Regelung findet sinngemäss Anwendung für Rechnungen von

Apothekern, Chiropraktoren, Hebammen, medizinischen Hilfspersonen sowie von Heilanstalten und Laboratorien.

2 Die nach Prüfung des Leistungsanspruches von Aquilana zu erbringenden Auszahlungen erfolgen ausschliesslich in Schweizer Franken. Hat die Auszahlung von Leistungen an die versicherte Person zu erfolgen, ist Aquilana ein schweizerisches Bank- oder Postkonto als Zahlungsadresse mitzuteilen. Andernfalls kann Aquilana eine Entschädigung für verursachte Mehrkosten bis zu CHF 20.– erheben.

Art. D9 | Verhalten bei Krankheit und Unfall

1 Die versicherte Person hat im Rahmen einer Behandlung den Anordnungen (z.B. Bettruhe, Medikamenteneinnahme, Therapien usw.) des zugelassenen Leistungserbringers Folge zu leisten und alles zu unterlassen, was die Genesung gefährdet oder verzögert.

Art. D10 | Leistungseinschränkungen

1 Keine Versicherungsleistungen werden gewährt:

- bei widerrechtlicher Inanspruchnahme der Aquilana oder dem Versuch und der Beihilfe dazu, namentlich bei der Erfüllung strafrechtlicher Tatbestände wie Urkundenfälschung und Betrug;
- bei Abreise ins Ausland für eine Diagnose, Behandlung, Pflege und Niederkunft im Sinne von Art. D4 Abs. 1 AVB KVG;
- bei Weigerung, sich einer vertrauensärztlichen Untersuchung zu unterziehen;
- für die Zeitdauer der Verspätung bei verspätetem Beitritt;
- während eines Leistungsaufschubes bei Zahlungsverzug auf Meldung des Kantons (ausgenommen sind Notfallbehandlungen).

2 Im Falle eines vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführten oder verschlimmerten Versicherungsfalles kann Aquilana ihre Versicherungsleistungen nach Art. 21 ATSG vorübergehend oder dauernd kürzen oder in besonders schwerwiegenden Fällen gänzlich verweigern.

E Prämien und Kostenbeteiligung

Art. E1 | Prämientarif

1 Die Prämien werden in einem von der Aufsichtsbehörde (BAG) genehmigten Tarif festgelegt. Der Tarif gilt als integrierender Bestandteil der vorliegenden AVB KVG. Die für die versicherte Person gültige Prämie ist aus der Versicherungspolice ersichtlich.

Art. E2 | Prämienabstufung/Altersgruppen

1 Die Prämie in der obligatorischen Krankenpflege-Versiche-

rung wird nach Lebensalter und Kantonen/Regionen abgestuft. Beitragsrechtlich massgebend sind der zivilrechtliche Wohnsitz und das tatsächliche Alter der versicherten Person.

2 Die Umteilung in die dem tatsächlichen Alter entsprechende Altersgruppe erfolgt am Ende des Kalenderjahres, in welchem das 18. bzw. das 25. Altersjahr erreicht worden ist. Im Fall einer Versicherung mit wählbarer Franchise erfolgt für versicherte Personen am Ende des Kalenderjahres, in welchem das 18. Altersjahr erreicht worden ist, ebenfalls eine automatische Umteilung in die entsprechende Franchisestufe für Erwachsene ab dem 19. Altersjahr.

Art. E3 | Prämienreduktionen/ Prämienverbilligung

1 Aquilana kann in der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung in folgenden Fällen reduzierte Prämien gewähren:

- für Kinder bis zur Vollendung des 18. Altersjahres;
- 50% Rabatt ab 3. Kind sofern ein Elternteil bei Aquilana;
- für Erwachsene bis zum vollendeten 25. Altersjahr;
- bei Sistierung der Unfalldeckung;
- bei einer Versicherung mit wählbarer Franchise;
- für das Hausarzt-System CASAMED
- für die digitale alternative Versicherungsform SMARTMED.

2 Die versicherte Person kann beim Wohnkanton bzw. in der Wohngemeinde eine Prämienverbilligung beantragen. Die Prämienverbilligung kann auch von Rentnern sowie deren nicht-erwerbstätigen Familienangehörigen beantragt werden, die in der Schweiz nach KVG versichert sind und die ihren Wohnsitz in der EU oder in Grossbritannien haben.

Art. E4 | Prämienzahlung/Zahlungsfristen

1 Die Versicherten sind verpflichtet, die ihrer Versicherung und Einteilung entsprechend geschuldete Prämie unabhängig von ihrem Gesundheitszustand zu entrichten.

2 Bei Beginn oder Ende des Versicherungsverhältnisses im Verlaufe eines Monats sind in der Regel die vollen Monatsprämien geschuldet. Bei Beginn der Versicherung infolge Geburt oder infolge Wohnsitznahme in der Schweiz und bei Ende der Versicherung infolge Wegzug ins Ausland oder im Todesfall werden die Prämien im entsprechenden Monat taggenau berechnet und erhoben. Dies gilt auch für die Sistierung der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung gemäss Art. 10a KVV, nicht jedoch bei Wechsel des Wohnsitzes innerhalb der Schweiz.

3 Die Prämien werden im Voraus monatlich, zweimonatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich erhoben. Die entsprechenden Zahlungsfristen sind aus der Prämienrechnung ersichtlich. Bei halbjährlicher oder jährlicher Zahlungsweise gewährt Aquilana Skonti. Die Bedingungen hierzu werden von Aquilana festgelegt.

4 Werden bei Aquilana mehrere Versicherungen geführt (inkl. Zusatzversicherungen nach VVG), muss ein einheitlicher Zahlungsmodus gewählt werden.

5 Die Prämien und Kostenbeteiligungen werden durch Aquilana in Schweizer Franken erhoben.

Art. E5 | Zahlungsverzug

1 Nicht fristgerecht bezahlte Prämien und Kostenbeteiligungen werden von Aquilana gemahnt. Nach erfolgloser Mahnung wird das Vollstreckungsverfahren eingeleitet.

2 Aquilana hat das Recht, die von säumigen Zahlern verursachten Verzugszinsen und Spesen, wie Kosten für Mahnungen, Beteiligungen usw., zurückzufordern und bei Zahlungsrückständen Umtriebsspesen bis zu CHF 100.– pro Fall in Rechnung zu stellen. Für fällige Prämienforderungen sind Verzugszinsen in Höhe von 5% geschuldet.

Art. E6 | Kostenbeteiligung

1 Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie innerhalb eines Kalenderjahres erbrachten ambulanten und stationären Leistungen wie folgt:

- mit einem festen Betrag je Kalenderjahr (Franchise);
- mit einem prozentualen Selbstbehalt der die Franchise übersteigenden Krankenpflegekosten, jedoch max. bis zum gesetzlich festgelegten Höchstbetrag;
- mit einem täglichen Beitrag an die Kosten eines stationären Spitalaufenthalts gemäss den gesetzlichen Bestimmungen.

2 Massgebend für die Erhebung der Franchise und des Selbstbehaltes ist das Behandlungsdatum. Bei unterjährigem Beitritt zur Aquilana wird die in diesem Jahr vom Vorversicherer bereits in Rechnung gestellte Franchise sowie der Selbstbehalt angerechnet.

3 Auf folgenden Leistungen wird keine Kostenbeteiligung erhoben:

- Die besonderen Leistungen bei Mutterschaft gemäss Art. 29 Abs. 2 KVG sowie Art. 13ff KLV ab Beginn der Schwangerschaft;
- Ab der 13. Schwangerschaftswoche bis 8 Wochen nach der Niederkunft für allgemeine medizinische Leistungen und Pflegeleistungen bei Krankheit gemäss Art. 25 und 25a KVG, für Geburtsgebrechen gemäss Art. 27 KVG, für Unfälle gemäss Art. 28 KVG und für straflosen Schwangerschaftsabbruch gemäss Art. 30 KVG.

F Mitwirkungspflichten

Art. F1 | Allgemeines

1 Der Antragssteller bzw. der gesetzliche Vertreter muss alle erforderlichen Auskünfte erteilen und ausserdem die Unterlagen zur Verfügung halten, die für die Aufnahme nötig sind.

2 Versicherte bzw. deren gesetzliche Vertreter, die Versicherungsleistungen beanspruchen, haben alle Personen und Stellen, namentlich Arbeitgeber, Ärztinnen und Ärzte, Versicherungen sowie Amtsstellen im Einzelfall zu ermächtigen, die Auskünfte zu erteilen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind nach Art. 28 Abs. 3 ATSG zur Auskunft verpflichtet.

3 Aquilana kann auf eigene Kosten von Medizinalpersonen und anderen Fachleuten Gutachten einholen, insbesondere über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten.

4 Bei Verlust der Versichertenkarte und entsprechender Nachbestellung kann Aquilana eine Entschädigung für verursachte Mehrkosten bis zu CHF 20.– erheben.

Art. F2 | Meldepflichten

1 Will die versicherte Person Leistungen beziehen, ist sie verpflichtet, Aquilana jeden Krankheitsfall oder Unfall zeitnah mitzuteilen und so bald als möglich detaillierte Originalrechnungen und/oder Originalzeugnisse einzureichen. Sind diese Dokumente nicht in einer der vier Landessprachen abgefasst, so kann Aquilana eine beglaubigte Übersetzung verlangen. Die Kosten hierfür gehen zu Lasten des Versicherten. Die versicherte Person hat die zur Abklärung eines Leistungsanspruches und zur Festsetzung der Leistungen notwendigen Auskünfte zu erteilen und die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Sie ermächtigt Aquilana, zu diesem Zweck in Akten anderer Versicherer oder von Behörden Einsicht zu nehmen.

2 Will die versicherte Person Leistungen bei Unfällen beziehen, die nicht bei einem UVG-Versicherer oder der Militärversicherung angemeldet sind, ist dies Aquilana unverzüglich in Form einer Unfallmeldung einzureichen, die Auskunft gibt über:

- a** Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalles;
- b** den behandelnden Arzt oder das Spital;
- c** allfällige betroffene Haftpflichtige und Versicherungen.

3 Kurverordnungen sind Aquilana vor Antritt der Kur zur Prüfung zuzustellen.

4 Sämtliche das Versicherungsverhältnis betreffende Änderungen in den persönlichen Verhältnissen (z.B. Name, Adres-

se, Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes, Bank- oder PC-Konto, Erlöschen der Unfallversicherung nach UVG, Todesfall) sind Aquilana innert Monatsfrist schriftlich, elektronisch per E-Mail oder mittels Benachrichtigung über myAquilana zu melden. Anzeigen und Mitteilungen im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss (Art. B2 AVB KVG) können auch über das Kundenportal und App myAquilana gesendet werden. Aquilana lehnt jegliche Haftung für Schäden im Zusammenhang mit der Nutzung elektronischer Kommunikationskanäle ab, soweit von Seiten Aquilana kein Fehlverhalten vorliegt und sofern dies rechtlich zulässig ist.

5 Alle Mitteilungen seitens Aquilana erfolgen rechtsgültig an die vom Versicherungsnehmer zuletzt angegebene Adresse in der Schweiz. Sie können im rechtlich zulässigen Rahmen auch per E-Mail-Adresse oder für myAquilana registrierte Versicherungsnehmer betreffend ausgewählte Output-Dokumente per Endkunden-App / Endkunden-Portal erfolgen.

6 Für alle Mitteilungen, die Aquilana nach Massgabe diesen AVB KVG oder des Gesetzes gemacht werden müssen, wird folgende Meldestelle bezeichnet: Aquilana Versicherungen, Bruggstrasse 46, CH-5401 Baden, Tel. +41 56 203 44 44.

G Verschiedene Bestimmungen

Art. G1 | Schweigepflicht

1 Die Mitarbeitenden der Aquilana, deren IT-Dienstleister sowie andere Leistungserbringer unterstehen der gesetzlichen Schweigepflicht (ATSG Art. 33).

Art. G2 | Rechtspflege

1 Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid von Aquilana nicht einverstanden, kann sie verlangen, dass Aquilana innerhalb von 30 Tagen eine schriftliche und begründete Verfügung mit Rechtsmittelbelehrung erlässt.

2 Gegen die Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung bei Aquilana Einsprache erhoben werden. Diese ist zu begründen.

3 Gegen Einspracheentscheide der Aquilana kann innert 30 Tagen nach Zustellung Verwaltungsgerichtsbeschwerde beim kantonalen Versicherungsgericht erhoben werden. Das kantonale Versicherungsgericht kann auch angerufen werden, wenn Aquilana entgegen dem Begehren der betroffenen Person keine Verfügung oder keinen Einspracheentscheid erlässt.

4 Die Verfügungen oder Einspracheentscheide der Aquilana erwachsen mit dem unbenutzten Ablauf der Einsprache- bzw. Beschwerdefrist in Rechtskraft.

Art. G3 | Akteneinsicht

1 Die Akten stehen den Beteiligten zur Einsicht offen. Schützenswerte private Interessen der Versicherten und ihrer Angehörigen sowie überwiegende öffentliche Interessen sind zu wahren.

Art. G4 | Anwendung der vorliegenden AVB KVG

1 Für alle in diesen AVB KVG und EB nicht besonders geregelten Fragen gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) sowie die Statuten und Reglemente der Aquilana.

Art. G5 | Schlussbestimmungen

1 Die vorliegenden AVB KVG für die Versicherungen nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) wurden vom Verwaltungsrat der Aquilana am 27. Januar 2022 beschlossen und ersetzen das Reglement vom 1. August 2019. Sie treten am 1. Januar 2023 in Kraft.

Ergänzende Bedingungen (EB) für das Hausarzt-System CASAMED

Inhaltsübersicht

H Allgemeines		L Mitwirkungspflichten			
Art. H1	Zweck	11	Art. L1	Information/Überweisungen durch den Hausarzt	12
Art. H2	Rechtsgrundlage	11	Art. L2	Notfallbehandlungen	12
			Art. L3	Operationen	12
			Art. L4	Aufenthalte in Spitälern und Tageskliniken	13
			Art. L5	Badekuren und Rehabilitationsaufenthalte	13
			Art. L6	Meldepflicht bei Arztwechsel	13
			Art. L7	Leistungen ausserhalb von CASAMED	13
			Art. L8	Bekanntgabe der Diagnose	13
			Art. L9	Verletzung von Mitwirkungspflichten und Sanktionen	13
			M Verschiedene Bestimmungen		
			Art. M1	Datenschutz	13
			Art. M2	Anpassung der Ergänzenden Bedingungen (EB)	13
			Art. M3	Verhältnis zum übrigen Vereinsrecht	13
I Versicherungsverhältnis					
Art. I1	Versicherungsmöglichkeit	11			
Art. I2	Beitritt/Aufnahme	11			
Art. I3	Arztwahl	11			
Art. I4	Arztwechsel	11			
Art. I5	Versicherungswechsel	11			
Art. I6	Kündigung und Wechsel des Versicherers	12			
J Leistungen					
Art. J1	Leistungsumfang/Grundsatz	12			
Art. J2	Ausnahmen/Spezialfälle	12			
Art. J3	Leistungsangebot/Spitaleinweisungen	12			
K Prämien und Kostenbeteiligung					
Art. K1	Prämienrabatt	12			
Art. K2	Kostenbeteiligung	12			

H Allgemeines

Art. H1 | Zweck

1 Das Hausarztssystem verfolgt folgende Ziele:

- Stärkung einer eigenverantwortlichen, gesunden Lebensweise der Versicherten;
- Förderung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten;
- Koordination aller Gesundheitsfragen durch den gewählten Hausarzt.

2 Durch die ganzheitliche Betreuung und Beratung des Hausarztes werden Qualität und Effizienz der Leistungen gesteigert und spürbare Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen erzielt.

Art. H2 | Rechtsgrundlage

1 Unter dem Namen CASAMED besteht diese besondere Versicherungsform im Sinne von Art. 62 Abs. 1 KVG, in Verbindung mit Art. 41 Abs. 4 KVG sowie Art. A1 Abs. 1 und Art. C1 AVB KVG.

2 Im Rahmen diesen Ergänzenden Bedingungen (EB) für einen gezielten Mitteleinsatz im Gesundheitswesen zeichnet sich das Hausarztssystem insbesondere durch eine eingeschränkte Arztwahl aus.

I Versicherungsverhältnis

Art. I1 | Versicherungsmöglichkeit

1 CASAMED steht im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen allen interessierten Personen offen, die der gesetzlichen Versicherungspflicht nach KVG unterstehen und ihren zivilrechtlichen Wohnsitz in denjenigen Gebieten haben, in denen Aquilana diese Versicherungsform betreibt.

Art. I2 | Beitritt/Aufnahme

1 Der Beitritt oder Wechsel von der herkömmlichen Versicherungsform OKP mit ordentlicher Franchise zum Hausarzt-System CASAMED ist jederzeit auf den 1. des dem Antrag folgenden Monats möglich. Bei einer wählbaren Franchise ist der Beitritt oder Wechsel zum Hausarzt-System CASAMED auf den 01.01. eines Kalenderjahres gemäss Art. 94 KVV möglich.

Art. I3 | Arztwahl

1 Die Versicherten schränken sich bei der Wahl des Hausarztes freiwillig ein, indem sie einen Hausarzt aus der von Aquilana publizierten Liste auswählen und ihr bekannt geben. Aquilana informiert den Hausarzt entsprechend.

2 Die Versicherten müssen vor einem Beitritt zum Hausarzt-System CASAMED oder bei einem Arztwechsel innerhalb des

Hausarzt-Systems CASAMED vorgängig Rücksprache mit dem gewählten bzw. mit dem neuen Hausarzt nehmen und dessen Zustimmung einholen.

Art. I4 | Arztwechsel

1 Ein Wechsel des Hausarztes ist unter Berücksichtigung von Art. I2 und Art. L6 Abs. 1 der vorliegenden EB für das Hausarzt-System CASAMED auf den Ersten des folgenden Monats möglich. In folgenden Fällen können die Versicherten ohne Einhaltung einer Mitteilungsfrist zu einem anderen Hausarzt wechseln:

- bei Wohnsitzwechsel der versicherten Person;
- bei Verlegung der Hausarztpraxis in eine andere politische Gemeinde;
- bei Zerwürfnis zwischen der versicherten Person und gewähltem Hausarzt, jedoch nur unter Zustimmung des bisherigen Hausarztes der versicherten Person;
- bei Ausscheiden eines Hausarztes aus dem Hausarztssystem, dies jedoch erst im Nachgang der erfolgten Information der Versicherten durch Aquilana in schriftlicher oder elektronischer Form.

2 Mit der Unterzeichnung des Versicherungsantrages oder in der dafür vorgesehenen elektronischen Form erklären sich die Versicherten einverstanden, dass bei einem Hausarztwechsel zur Vermeidung unnötiger Abklärungen, das Patientendossier direkt vom bisherigen Hausarzt an den von der versicherten Person bezeichneten neuen Hausarzt weitergeleitet wird.

Art. I5 | Versicherungswechsel

1 Der Wechsel von der Versicherungsabteilung CASAMED in die herkömmliche Versicherungsform OKP von Aquilana ist – unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten – auf Ende eines Kalenderjahres möglich. Vorbehalten bleibt Art. B5 Abs. 2 AVB KVG.

2 Ein vorzeitiger Austritt aus CASAMED erfolgt in folgenden Fällen:

- a** wenn die versicherte Person bei Wohnsitzwechsel in eine Region zieht, in der Aquilana CASAMED nicht betreibt, jedoch die herkömmliche Versicherungsform OKP anbietet;
- b** bei Entsendung ins Ausland gemäss Art. 4 KVV;
- c** bei Verzicht durch Aquilana auf den Betrieb von CASAMED oder wenn diese Versicherungsform in einem Gebiet aufgehoben wird;
- d** wenn die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz ins Ausland verlegt oder bei einem Auslandsaufenthalt von mehr als 6 Monaten.

3 Bei Ereignissen gemäss Art. I5 Abs. 2 der vorliegenden EB wird die versicherte Person von Aquilana informiert. Aquilana kann nicht haftbar gemacht werden, wenn die versicherte

Person keinen Hausarzt mehr auswählen kann oder sie ihrer Meldepflicht gemäss Art. F2 Abs. 4 AVB KVG nicht nachkommt.

4 Bei einem allfälligen Ausschluss der versicherten Person von CASAMED durch Aquilana ist der erneute Abschluss einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nach einem Ausschluss während des laufenden und folgenden Kalenderjahres nicht möglich.

Art. I6 | Kündigung und Wechsel des Versicherers

1 Die Kündigung richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen über die obligatorische Krankenpflege-Versicherung (Art. B5 AVB KVG).

J Leistungen

Art. J1 | Leistungsumfang/Grundsatz

1 Für die ambulante und stationäre Behandlung sowie die Verordnung zum Bezug von Medikamenten und Hilfsmitteln ist, sofern die vorliegenden EB nichts anderes vorsehen, immer zuerst der Hausarzt zu konsultieren. Er weist die versicherte Person bei Bedarf Spezialisten oder medizinischen Hilfspersonen zu oder veranlasst stationäre Leistungen.

Art. J2 | Ausnahmen/Spezialfälle

1 Notfallbehandlungen sind im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung gedeckt, unabhängig davon, ob die Behandlung durch den Hausarzt oder einen Notfallarzt erfolgt. Vorbehalten bleibt die Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit durch den Hausarzt oder den Vertrauensarzt.

2 Frauenärztliche und augenärztliche Untersuchungen und Behandlungen sowie geburtshilfliche Betreuung können direkt bei Frauen- und Augenärzten durchgeführt werden. Dasselbe gilt sinngemäss für Kinderärzte. Bei operativen Eingriffen ist vorgängig stets der Hausarzt zu informieren und dessen Einverständnis einzuholen.

3 Unter Vorbehalt der eingeschränkten Arztwahl garantiert CASAMED im Übrigen sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung gemäss KVG.

Art. J3 | Leistungsangebot/Spitaleinweisungen

1 Spitalweisungen erfolgen in diejenigen geeigneten Institutionen, mit denen Aquilana u.a. günstige Verträge abgeschlossen hat.

K Prämien und Kostenbeteiligung

Art. K1 | Prämienrabatt

1 CASAMED-Versicherte erhalten einen Rabatt auf der Prämie für die obligatorische Krankenpflege-Versicherung nach KVG. Dieser richtet sich nach dem vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) genehmigten Prämientarif der Aquilana.

Art. K2 | Kostenbeteiligung

1 Den Versicherten wird die Kostenbeteiligung in Verbindung mit Art. E6 AVB KVG im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften über die obligatorische Krankenpflege-Versicherung nach KVG belastet.

L Mitwirkungspflichten

Art. L1 | Information/Überweisungen durch den Hausarzt

1 Die Versicherten stellen bei jedem Hausarztbesuch sicher, dass der Hausarzt von ihrer Versicherung im Hausarztsystem Kenntnis hat und in Notfällen, bei Stellvertretungen, bei frauen- und augenärztlichen Untersuchungen sowie bei Behandlungen bei Kinderärzten geben sie sich als Versicherte im Hausarztsystem zu erkennen.

2 Die Versicherten erklären sich damit einverstanden, sich bei Bedarf an einen Spezialarzt, eine medizinische Hilfsperson oder ein Spital überweisen zu lassen. Darunter fallen folgende Behandlungen, Operationen und Aufenthalte:

- Untersuchungs- und Behandlungsaufträge an Spezialärzte, Leistungserbringer gemäss Krankenversicherungsgesetz KVG oder veranlasste ambulante und stationäre Behandlungen;
- empfohlene Operationen durch Spezialärzte (inkl. Frauen-, Kinder- und Augenärzte);
- Aufenthalte in Spitälern und Tageskliniken;
- Badeskuren sowie Rehabilitationsaufenthalte.

3 Die Versicherten erklären sich damit einverstanden, auf Anfrage des Versicherers den Nachweis zu erbringen, dass die oben aufgeführten Behandlungen, Operationen und Aufenthalte von ihrem Hausarzt veranlasst wurden.

Art. L2 | Notfallbehandlungen

1 Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitalweisung oder eine ambulante Behandlung beim Notfallarzt erforderlich, sind die Versicherten verpflichtet, zum nächstmöglichen Zeitpunkt ihren Hausarzt zu orientieren, und dafür besorgt, dass ihm eine Bescheinigung und ein Bericht des Notfallarztes zukommt.

Art. L3 | Operationen

1 Empfiehlt ein Spezialarzt einen operativen Eingriff, so sind die Versicherten verpflichtet, vor dieser Behandlung die Genehmi-

gung ihres Hausarztes einzuholen. Dies gilt insbesondere auch vor frauenärztlichen und augenärztlichen Operationen sowie bei operativen Eingriffen bei Kindern bis zum 18. Altersjahr.

Art. L4 | Aufenthalte in Spitälern und Tageskliniken

1 Mit Ausnahme der Notfälle sind die Einweisungen in Spitäler und Tageskliniken nur mit dem Einverständnis des Hausarztes zulässig.

Art. L5 | Badekuren und Rehabilitationsaufenthalte

1 Die Versicherten sind verpflichtet, mindestens 14 Tage vor Antritt einer Badekur oder eines Rehabilitationsaufenthaltes ihren Hausarzt zu konsultieren, falls sie Anspruch auf Versicherungsleistungen geltend machen wollen.

Art. L6 | Meldepflicht bei Arztwechsel

1 Bei einem Wechsel des Hausarztes gemäss Art. 14 Abs. 1 der vorliegenden EB sind die Versicherten verpflichtet, sich bei ihrem bisherigen Hausarzt mindestens 14 Tage vor Arztwechsel abzumelden und dies Aquilana mitzuteilen.

Art. L7 | Leistungen ausserhalb von CASAMED

1 Die Versicherten erklären sich einverstanden, dass ihr Hausarzt durch Aquilana über die durch Dritte entstandenen Kosten informiert ist.

Art. L8 | Bekanntgabe der Diagnose

1 Die Versicherten ermächtigen den Hausarzt zur Bekanntgabe der Diagnose an Aquilana und in Verbindung mit Art. 42 Abs. 5 KVG die medizinischen Angaben nach Art. 57 KVG ausschliesslich an den vertrauensärztlichen Dienst von Aquilana bekannt zu geben, damit diese gemäss Art. 32 KVG die Wirtschaftlichkeit überprüfen kann.

Art. L9 | Verletzung von Mitwirkungspflichten und Sanktionen

1 Verletzt die versicherte Person ihre Mitwirkungspflicht, so entfällt die Leistungspflicht von Aquilana für die hieraus entstehenden Behandlungskosten.

2 In gravierenden Fällen kann Aquilana die versicherte Person gemäss Art. 15 Abs. 4 der vorliegenden EB auf bestimmte Zeit aus dem Hausarztsystem ausschliessen und wieder in die herkömmliche Versicherungsform OKP umteilen.

3 Ambulante und stationäre Leistungen, welche ohne die erforderliche Überweisung oder Genehmigung durch den Hausarzt bezogen wurden, gehen gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG voll zu Lasten der versicherten Person. Rückwirkend ausgestellte Überweisungen werden – mit Ausnahme von Stellvertretungen und Notfällen – nicht anerkannt.

M Verschiedene Bestimmungen

Art. M1 | Datenschutz

1 Aquilana bearbeitet die Daten (Datenbearbeitung) zur Bestimmung der Prämie, zur Bearbeitung von Schadenfällen sowie für statistische anonymisierte Auswertungen zu CASAMED. Die Daten werden in physischer und/oder in elektronischer Form aufbewahrt. Mitarbeitende der Aquilana, deren IT-Dienstleister sowie andere Leistungserbringer unterliegen der gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen über den Datenschutz.

2 Soweit dies erforderlich und gesetzlich zulässig ist, werden die Daten durch Aquilana oder ihren IT-Dienstleister an berechnigte Dritte (z.B. RVK, Leistungserbringer, andere Versicherer und Behörden) bekanntgegeben, bzw. im gleichen Umfang bei diesen Daten eingeholt.

Art. M2 | Anpassung der Ergänzenden Bedingungen (EB)

1 Änderungen der vorliegenden EB werden in unserem Kundenmagazin veröffentlicht und bei Bedarf auch über andere Kanäle (z.B. Website) der Aquilana publiziert.

Art. M3 | Verhältnis zum übrigen Vereinsrecht

1 CASAMED bildet einen eigenen Versicherungsweig. Sofern diese EB keine anderweitigen Regelungen beinhalten, gelten im Übrigen die AVB KVG sinngemäss. Vorbehalten bleiben in jedem Fall gesetzliche Regelungen.

2 Die vorliegenden EB für das Hausarztsystem CASAMED wurden vom Verwaltungsrat der Aquilana am 27. Januar 2022 beschlossen und ersetzen das Zusatzreglement für das Hausarztsystem CASAMED vom 1. August 2019. Sie treten am 1. Januar 2023 in Kraft.

N Allgemeines

Art. N1 | Zweck

1 Die digitale alternative Versicherungsform SMARTMED (nachfolgend SMARTMED) wird mit der Nutzung der Medgate-Applikation (nachfolgend Applikation) für mobile Endgeräte in Zusammenarbeit mit dem ärztlich telemedizinischen Beratungszentrum Medgate AG, Basel (nachfolgend Beratungszentrum) angeboten mit dem Ziel, die Kosten im Gesundheitswesen durch optimierten Prozessen sowie kosteneffizienten medizinischen Ressourceneinsatz zu senken und die Gesundheitsversorgung patientenzentriert zu verbessern.

2 Durch die auf Artificial Intelligence (AI) bzw. Künstliche Intelligenz (KI) basierten Triage wird den SMARTMED-Versicherten in dieser Versicherungsform ein jederzeit einfacher, schneller und individueller Zugang zur bestmöglichen medizinischen Versorgung empfohlen. In Fällen einer verbindlichen Konsultation durch das ärztliche Beratungszentrum können für ambulante und stationäre Weiterbehandlungen Überweisungen zu Spezialisten veranlasst werden. Im Weiteren kann der unabhängige Partner BetterDoc GmbH Köln, Zweigniederlassung Basel (nachfolgend BetterDoc) zur Identifikation geeigneter Spezialisten und anderen Leistungserbringern zum weiteren Behandlungsmanagement beigezogen werden. Dadurch kombiniert SMARTMED digitales und proaktives Behandlungsmanagement der Versicherten.

3 SMARTMED ist ein Alternatives Versicherungsmodell (besondere Versicherungsform) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 41 Abs. 4, Art. 62 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und Art. 99 – 101 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

4 Mit dem Abschluss von SMARTMED stimmen die Versicherten von Aquilana der verpflichtenden Nutzung der Applikation, des Beratungszentrums sowie von BetterDoc (vor stationären Eingriffen und Aufhalten gemäss Art. R3 Abs. 1 der vorliegenden EB) wo vorgesehen zu. Die Einzelfälle und Ausnahmeregelungen für den telefonischen Zugang sind abschliessend in den Bestimmungen nach Art. O3 Abs. 3 sowie Art. P3 Abs. 1-3 der vorliegenden EB im Sinne einer Sonderregelung festgehalten. Die Zustimmung zu den Nutzungsbedingungen des Beratungszentrums erfolgt im Rahmen der Installation der Applikation, die einen zwingenden Bestandteil dieser Versicherungsform bilden. Die Zustimmung zu den Nutzungsbedingungen von BetterDoc erfolgt bei Nutzung des Angebots. Mit der Nutzung der Applikation legt das Beratungszentrum die Behandlungsempfehlung in einem Behandlungspfad fest, welche vorgängig mit einer digitalen Symptombewertung (nachfolgend Triage) vorgenommen wird. Daraus wird eine verbindliche Behandlungsempfehlung an die versicherte Person abgegeben.

5 SMARTMED Versicherten von Aquilana steht das Beratungszentrum rund um die Uhr bei gesundheitlichen Beschwerden und Fragen zur Verfügung. Die Ärzte des Beratungszentrums beraten und behandeln die Versicherten mittels Triage in medizinischen Belangen und legen, unter Berücksichtigung der individuellen Situation, den notwendigen Behandlungsplan gemeinsam mit dem Patienten fest und stellen diesen zur Einsicht in der Applikation zur Verfügung. Die Beratung kann über die Kommunikationskanäle Chat, Telefon oder Video stattfinden. Für Realkonsultationen, die im Rahmen eines verbindlichen Behandlungspfades angeordnet wurden, stehen die durch das Beratungszentrum oder von ihr beauftragten Leistungserbringer zur freien Wahl. Für Spezialistenkonsultation gilt dies im Rahmen des Partnernetzwerks des Beratungszentrums (Medgate Partner Network www.medgate-partnernetzwerk.ch). Darüber hinaus haben die Versicherten auch die Möglichkeit sich durch einen unabhängigen Kooperationspartner der Aquilana Unterstützung bei der Identifikation geeigneter Spezialisten für eine Zweitmeinung, Behandlung oder Operation einzuholen, um unnötige Hospitalisierungen zu vermeiden und die Behandlungskosten zu reduzieren. Der unabhängige Kooperationspartner misst und erhebt Qualitätsdaten von Ärzten und Spitälern im Schweizer Gesundheitssystem und wendet diese für seine Spezialistenempfehlungen am individuellen Patientenfall an, um einen direkten Zugang zur bestmöglichen medizinischen Versorgung sicherzustellen. Diese Dienstleistung wird von BetterDoc angeboten und steht den SMARTMED-Versicherten von Aquilana offen.

Art. N2 | Rechtsgrundlage

1 Unter dem Namen SMARTMED besteht diese besondere Versicherungsform im Sinne von Art. 62 Abs. 1 KVG in Verbindung mit Art. 41 Abs. 4 KVG sowie Art. A1 Abs. 1 und Art. C1 AVB KVG.

2 Im Rahmen diesen EB für einen gezielten Mitteleinsatz im Gesundheitswesen, zeichnet sich SMARTMED insbesondere durch eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer aus und ermöglicht bei Inanspruchnahme von kassenpflichtigen KVG-Leistungen in allen gesundheitlichen Lagen durch verbindliche Vorgehensweise aufgrund der Empfehlung der Applikation des Beratungszentrums sowie der verbindlichen Nutzung der Dienstleistung von BetterDoc vor planbaren stationären Eingriffen sowie vor planbaren stationären Aufhalten den Zugang zur bestmöglichen medizinischen Versorgung.

O Versicherungsverhältnis

Art. O1 | Versicherungsmöglichkeit

1 SMARTMED steht im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen allen interessierten Personen offen, die der gesetzlichen Versicherungspflicht nach KVG unterstehen und ihren zivilrecht-

lichen Wohnsitz in denjenigen Gebieten haben, in denen Aquilana diese Versicherungsform betreibt.

Art. 02 | Beitritt/Wechsel zu SMARTMED

1 Der Beitritt oder Wechsel von der herkömmlichen Versicherungsform OKP mit ordentlicher Franchise zur digitalen alternativen Versicherungsform SMARTMED ist jederzeit auf den 1. des dem Antrag folgenden Monats möglich. Bei einer wählbaren Franchise ist der Beitritt oder Wechsel zu SMARTMED auf den 01.01. eines Kalenderjahres gemäss Art. 94 KVV möglich.

Art. 03 | Betrieb und Nutzung der Applikation

1 Für den ordnungsgemässen Betrieb der Applikation in den Sprachen Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch ist die Stiftung Medgate Partner Network, Dufourstrasse 49, 4052 Basel, Schweiz verantwortlich.

2 Zur Nutzung der Applikation ist die vorherige Zustimmung des Versicherten zu den Nutzungsbedingungen der „Medgate App“ erforderlich.

3 Ist die Nutzung der Applikation aus technischen Gründen (temporärer Ausfall der Applikation) nicht möglich, kann die Festlegung eines Behandlungspfades telefonisch über die Nummer 0844 844 911 erfolgen. Dieser telefonische Zugang wird im Sinne einer Sonderregelung auch für Menschen mit Behinderungen, Menschen mit ungenügendem Lese- und Sprachverständnis sowie für Personen ohne ein Mobilgerät (Smartphone oder Tablet) gemäss Art. P3 Abs. 3 der vorliegenden EB gewährleistet.

4 SMARTMED-Versicherte erklären sich mit dem Versicherungsabschluss zur Nutzung der Applikation sowie der Einhaltung des daraus resultierenden Behandlungsvorgehens und des Behandlungsplans gemäss Art. R1 der vorliegenden EB einverstanden.

Art. 04 | Änderung der Versicherungsform und vorzeitiger Austritt aus SMARTMED

1 Der Wechsel von der Versicherungsform SMARTMED in die herkömmliche Versicherungsform OKP oder zu einer anderen Versicherungsform von Aquilana ist – unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten – auf Ende eines Kalenderjahres möglich. Vorbehalten bleibt Art. B5 Abs. 2 AVB KVG.

2 Ein vorzeitiger Austritt aus SMARTMED erfolgt in folgenden Fällen:

a wenn die versicherte Person ihren zivilrechtlichen Wohnsitz ins Ausland verlegt oder bei einem Auslandsaufenthalt von mehr als 6 Monaten;

b bei Entsendung ins Ausland gemäss Art. 4 KVV ;

c bei Verzicht durch Aquilana auf den Betrieb von SMARTMED oder wenn diese Versicherungsform in einem Gebiet aufgehoben wird;

d bei Nichteinhaltung der Nutzungsbedingungen der Applikation des medizinischen Beratungszentrums;

e bei einem Wohnsitzwechsel in eine Region, in der die Aquilana SMARTMED ggf. nicht anbietet, jedoch die herkömmliche Versicherungsform OKP anbietet.

Sofern die Versicherungspflicht nach KVG weiterhin besteht und die versicherte Person innerhalb des Tätigkeitsgebietes von Aquilana ihren zivilrechtlichen Wohnsitz hat, führen die genannten Fälle automatisch zum Wechsel in die herkömmliche Versicherungsform OKP.

3 Bei Ereignissen gemäss Art. 04 Abs. 2 lit. c und d der vorliegenden EB wird die versicherte Person von Aquilana informiert. In allen übrigen Ereignissen gelten die Meldepflichten der Versicherten gemäss Art. F2 AVB KVG.

4 Bei einem allfälligen Ausschluss der versicherten Person von SMARTMED durch Aquilana ist der erneute Abschluss einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nach einem Ausschluss während des laufenden und folgenden Kalenderjahres nicht möglich.

Art. 05 | Kündigung und Wechsel des Versicherers

1 Der Wechsel von der Versicherungsform SMARTMED zu einem anderen Versicherer ist unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten auf Ende eines Kalenderjahres möglich. Vorbehalten bleibt Art. B5 Abs. 2 AVB KVG.

P Leistungen

Art. P1 | Leistungsumfang/Grundsatz

1 Aquilana übernimmt die Kosten für Leistungen gemäss Art. 24 bis 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 bis 34 KVG festgelegten Voraussetzungen, sofern der in Absprache mit dem Beratungszentrum festgelegte Behandlungsablauf und dessen Anweisungen (Pflichten) eingehalten wurden. Ausgenommen von dieser Pflicht sind die Sachverhalte gemäss Art. P3 der vorliegenden EB.

Art. P2 | Leistungen von Dritten

1 Die versicherte Person ist verpflichtet, Aquilana nach Massgabe von Art. 28 ATSG über jegliche Leistungen von Dritten (z.B. bei Unfall-, Haftpflicht-, Militär- oder Invalidenversicherung) sowie über Vereinbarungen von Abfindungssummen umgehend zu informieren, sofern Aquilana im gleichen Versicherungsfall Leistungen zu erbringen hat. Erbringt Aquilana anstelle von Dritten Leistungen, hat die versicherte Person ihre

Ansprüche im Umfang der erhaltenen Leistungen an Aquilana abzutreten. Vereinbarungen der versicherten Person mit Dritten sind für Aquilana nicht verbindlich.

Art. P3 | Ausnahmen/Spezialfälle

Nachfolgende Behandlungen können ohne vorherige digitale Symptombewertung (Triage) erfolgen:

1 Notfallbehandlungen sind im Rahmen der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung gedeckt, unabhängig davon, ob die Behandlung durch Nutzung der Applikation des Beratungszentrums erfolgt. Vorbehalten bleibt die Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit durch den Vertrauensarzt von Aquilana sowie die zeitnahe Nachmeldung der Notfallbehandlungen an das Beratungszentrum durch die versicherte Person spätestens innert einer Monatsfrist.

2 Frauenärztliche und augenärztliche Untersuchungen und Behandlungen sowie geburtshilfliche Betreuung können direkt bei Frauen- und Augenärzten durchgeführt werden ohne vorherige Nutzung der Applikation zur Erstellung eines Behandlungsplans. Dasselbe gilt sinngemäss für Kinderärzte. Bei operativen Eingriffen ist die versicherte Person aber stets verpflichtet, das Beratungszentrum mittels Nutzung der Applikation zu kontaktieren.

3 In Einzelfällen können sich die Versicherten auch telefonisch unter der Rufnummer 0844 844 911 an das medizinische Beratungszentrum wenden. Insbesondere gilt dies für Menschen mit Behinderungen und Menschen mit ungenügendem Les- und Sprachverständnis, bei welchen Erziehungsberechtigte oder gesetzliche Vertreter im Rahmen einer Sonderregelung direkt das medizinische Beratungszentrum anrufen, ohne zuvor die digitale Symptombewertung (Triage) durchlaufen zu haben. Benutzer ohne ein entsprechendes Gerät (Smartphone oder Tablet) z.B. Minderjährige, die eine direkte Beratung wünschen, können die gleichen Leistungen per Telefon in Anspruch nehmen.

4 Unter Vorbehalt der Triagierung mittels Nutzung der Applikation und der verbindlichen Konsultation des Beratungszentrums garantiert SMARTMED sämtliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung nach KVG.

Art. P4 | Haftung

1 Die Haftung für die therapeutischen und diagnostischen Leistungen liegt ausschliesslich beim Beratungszentrum respektive bei den Leistungserbringern, welche die versicherte Person behandeln.

Q Prämien und Kostenbeteiligung

Art. Q1 | Prämienrabatt

1 SMARTMED-Versicherte erhalten einen Rabatt auf der Prämie für die obligatorische Krankenpflege-Versicherung nach KVG. Dieser richtet sich nach dem vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) genehmigten Prämientarif der Aquilana.

Art. Q2 | Kostenbeteiligung

1 Den Versicherten wird die Kostenbeteiligung in Verbindung mit Art. E6 AVB KVG im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften über die obligatorische Krankenpflege-Versicherung nach KVG belastet.

2 Sämtliche medizinische Leistungen, die vom ärztlichen Beratungszentrum, von Leistungserbringern, die von dessen unabhängigen Kooperationspartner empfohlen werden sowie auch weitere für die SMARTMED-Versicherten erbrachten Leistungen für das weitere Behandlungsmanagement, werden nach den gesetzlichen Tarifen abgerechnet und unterliegen der Kostenbeteiligung gemäss Art. E6 AVB KVG und der vorliegenden EB.

R Rechte und Pflichten

Art. R1 | Konsultationspflicht des Beratungszentrums und Einhaltung von dessen Anweisungen

1 SMARTMED-Versicherte verpflichten sich vor Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Behandlungen nach Art. P1 Abs. 1 der vorliegenden EB, sofern die Bestimmungen nichts anderes vorsehen, mittels Nutzung der Applikation sich an das Beratungszentrum zu wenden, vorbehaltlich Art. P3 diesen EB und falls nicht schon ein Behandlungspfad vorgegeben ist.

2 Das Beratungszentrum legt in Absprache mit der versicherten Person die geeignete Behandlung mit einem verbindlichen Behandlungspfad fest. Dieser kann sowohl eine Chat-, Tele- oder Videokonsultation als auch eine Realkonsultation bei einem Hausarzt, respektive Spezialisten vorsehen.

Das Beratungszentrum legt zusammen mit den SMARTMED-Versicherten zudem den Zeitrahmen und die Leistungserbringer im Zusammenhang mit einer allfälligen Weiterbehandlung fest. Die Anweisungen des Beratungszentrums sind für die versicherte Person verbindlich.

3 Der Behandlungspfad ist insofern verbindlich, als sich SMARTMED-Versicherte verpflichten, nur die durch das Beratungszentrum oder von ihr beauftragten Leistungserbringern innerhalb der definierten Behandlungsdauer aufzusuchen.

4 Bei Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen bzw. einer angeordneten Realkonsultation hat die versicherte Person dem Beratungszentrum nachfolgende Informationen mittels Applikation oder in Ausnahmefällen gemäss Art. P3 diesen EB telefonisch mitzuteilen:

- a** proaktive Meldungen von Verlängerungen der abgesprochenen Behandlungsdauer;
- b** proaktive Meldungen von Leistungserbringerwechseln, wenn beispielsweise ein abgesprochener Arzt in den Ferien ist oder krankheitsbedingt ausfällt;
- c** proaktive Meldungen von Weiterweisungen, wenn ein abgesprochener Leistungserbringer den Patienten weiterverweist zum nachgeplanten Leistungserbringer;
- d** proaktive Meldungen, wenn der Behandlungspfad angepasst werden muss;
- e** Meldungen von Notfällen und deren Nachbehandlungen innert Monatsfrist (vgl. Art. P1 Abs. 1 EB).

5 Eine Verletzung dieser Pflichten führt zu Sanktionen gemäss Art. R7 der vorliegenden EB.

Art. R2 | Kostengutsprache

1 Sieht der definierte Behandlungspfad eine stationäre Behandlung vor, so erteilt Aquilana die Kostengutsprache ans Spital im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie der Versicherungsdeckung der versicherten Person.

Art. R3 | Verbindliche Konsultation BetterDoc

1 Vor planbaren stationären Eingriffen sowie vor planbaren stationären Aufenthalten ist die Nutzung der Dienstleistung von BetterDoc durch die SMARTMED-Versicherten verbindlich.

2 Die Dienstleistung von BetterDoc kann von SMARTMED-Versicherten auch im ambulanten Bereich genutzt werden, sofern das Beratungszentrum oder die versicherte Person selbst die Notwendigkeit sieht und daher eine Überweisung erhält.

3 In beiden Konstellationen steht es den SMARTMED-Versicherten frei, die von BetterDoc empfohlenen Leistungserbringer anzunehmen.

Art. R4 | Ausnahmen von der vorgängigen Konsultationspflicht beim Beratungszentrum

1 Die in Art. P3 diesen EB erwähnten Ausnahmen und Spezialfälle erfordern keine vorgängige Kontaktnahme mit dem Beratungszentrum. Hingegen sind die in Art. P3 Abs. 1 und Abs. 2 EB festgehaltenen Besonderheiten zu beachten und einzuhalten.

Art. R5 | Weitere Meldepflichten

1 Übergeordnet zu den vorliegenden EB gelten für die Versicherten weitere Meldepflichten gemäss Art. F2 AVB KVG.

Art. R6 | Dateneinsicht und -bearbeitung

1 Eine optimale medizinische Behandlung und Koordination des Smartmed-Modells setzt voraus, dass die notwendigen Daten zwischen Aquilana und ihren Partnern, d.h. das Beratungszentrum und BetterDoc, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen ausgetauscht werden. Mit dem Abschluss von SMARTMED erklären sich daher die SMARTMED-Versicherten mit der Einsicht, der Bearbeitung und dem Austausch ihrer Behandlungsplan- und Kostendaten gemäss Art. S1 der vorliegenden EB einverstanden.

Art. R7 | Verletzung von Mitwirkungspflichten und Sanktionen

1 Regelverstösse nach Art. P1 (Leistungsumfang/Grundsatz), Art. P2 (Leistungen von Dritten), Art. P3 (z.B. nachträgliche Meldepflicht des Notfalls), Art. R1 (Konsultationspflicht des Beratungszentrums und Einhaltung von dessen Anweisungen), Art. R2 (Kostengutsprache), Art. R3 (Verbindliche Konsultation BetterDoc) und Art. R5 (weitere Meldepflichten) diesen EB werden wie folgt sanktioniert:

- a** Beim ersten Regelverstoss erfolgt eine schriftliche Mahnung unter Verweis auf die Sanktionen im Wiederholungsfall.
- b** Beim zweiten Regelverstoss wird die versicherte Person ohne weiteres Zutun auf den ersten des folgenden Monats in die herkömmliche Versicherungsform OKP der Aquilana umgeteilt. Damit verbunden ist ein erneuter Abschluss einer Versicherungsform mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nach erfolgter Umteilung während des laufenden und folgenden Kalenderjahres nicht möglich.

Durch die Verletzung der Pflichten der versicherten Person gemäss Art. R7 Abs. 1 lit. a. und b. der vorliegenden EB entfällt die Leistungspflicht von Aquilana für die hieraus entstehenden Behandlungskosten.

2 Ambulante und stationäre Leistungen, welche ohne die erforderliche Triagierung oder Genehmigung durch den behandelnden Arzt bezogen wurden, gehen gemäss Art. 41 Abs. 4 KVG voll zu Lasten der versicherten Person. Rückwirkend ausgestellte Überweisungen werden – mit Ausnahme von Stellvertretungen und Notfällen – nicht anerkannt.

S Verschiedene Bestimmungen

Art. S1 | Datenschutz

1 Aquilana bearbeitet die Daten (Datenbearbeitung) zur Bestimmung der Prämie, zur Bearbeitung von Schadenfällen sowie für statistische anonymisierte Auswertungen zu SMARTMED. Die Daten werden in physischer und/oder in elektronischer Form aufbewahrt. Mitarbeitende der Aquilana, deren IT-Dienstleister sowie andere Leistungserbringer unterliegen der

gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen über den Datenschutz.

2 Soweit dies erforderlich und gesetzlich zulässig ist, werden die Daten durch das Beratungszentrum an berechnigte Dritte (z.B. Leistungserbringer, andere Versicherer und Behörden) bekanntgegeben, bzw. im gleichen Umfange bei diesen Daten eingeholt.

3 Die für die Behandlungen notwendigen Daten sind für alle an der jeweiligen Behandlung Beteiligten (Leistungserbringer bzw. Beratungszentrum und BetterDoc) einsehbar und können insbesondere zwecks Qualitätssicherung und Sicherstellung einer optimalen Behandlung zwischen diesen zweckgebunden ausgetauscht bzw. bearbeitet werden. Dabei handelt es sich insbesondere um Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten der versicherten Person. Zur Identifikation der versicherten Person ermöglicht Aquilana dem Beratungszentrum und BetterDoc den Zugriff auf die aktualisierten, notwendigen Daten der versicherten Person. Diese Daten umfassen die Versicherten-Nummer, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht und Adresse sowie die entsprechende Versicherungsdeckung. Das Beratungszentrum übermittelt Aquilana neben den administrativen Behandlungsplandaten lediglich anonymisierte und aggregierte Datensätze, welche keinen Rückschluss auf eine Person zulassen. Die versicherte Person erlaubt dem Beratungszentrum zur Durchführung von Beratungs- und Betreuungsaufgaben die notwendigen medizinischen Informationen an BetterDoc weiterzuleiten, sofern die versicherte Person die Dienstleistung von BetterDoc gemäss den vorliegenden AVB KVG beanspruchen muss oder auf freiwilliger Basis davon Gebrauch machen will. Zum gleichen Zweck erlaubt die versicherte Person BetterDoc ausdrücklich, diese Daten zu bearbeiten und sie an den ausgewählten Leistungserbringer weiterzuleiten. BetterDoc informiert Medgate und Aquilana im Leistungsfall über die vorgeschlagenen Leistungserbringer an die versicherte Person.

4 Darüber hinaus sind im Umgang mit Datenschutz und Datenbearbeitung zur Nutzung der Applikation die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und Datenschutzerklärung des Beratungszentrums massgebend, die jederzeit in der Applikation abrufbar sind.

Art. S2 | Anpassung der Ergänzenden Bedingungen (EB)

1 Änderungen der vorliegenden EB werden in unserem Kundenmagazin veröffentlicht und bei Bedarf auch über andere Kanäle (z.B. Website) der Aquilana publiziert.

Art. S3 | Gesprächsaufzeichnung

1 Die telemedizinischen Beratungsgespräche mit dem Beratungszentrum werden aufgezeichnet und archiviert. Im Streit-

fall können die Aufzeichnungen als Beweismittel geltend gemacht und nötigenfalls vor Gericht zum Beweis aufgelegt werden. Aquilana hat ohne entsprechende Bevollmächtigung durch die versicherte Person keinen direkten Zugriff auf diese Information.

Art. S4 | Verhältnis zum übrigen Vereinsrecht

1 SMARTMED bildet einen eigenen Versicherungszweig. Sofern diese EB keine anderweitigen Regelungen beinhalten, gelten im Übrigen die AVB KVG sinngemäss. Vorbehalten bleiben in jedem Fall gesetzliche Regelungen.

2 Die vorliegenden EB für die digitale alternative Versicherungsform SMARTMED wurden vom Verwaltungsrat der Aquilana erstmals am 27. Januar 2022 beschlossen. Sie treten am 1. Januar 2023 in Kraft.

