

Ergänzende Versicherungsbedingungen EGK-TelCare nach Krankenversicherungs-Gesetz (EVB / KVG EGK-TelCare)

Ausgabe 1.1.2014

Inhaltsverzeichnis

I. Allgemeine Bestimmungen

- Art. 1 Rechtsgrundlagen
- Art. 2 Grundsätze
- Art. 3 Unfälle

II. Versicherungsverhältnis

- Art. 4 Abschluss
- Art. 5 Kündigung
- Art. 6 Versicherungswechsel

III. Prämie und Kostenbeteiligung

- Art. 7 Prämie
- Art. 8 Kostenbeteiligung

IV. Rechte und Pflichten der versicherten Person

- Art. 9 Betreuung und Versorgung durch das telemedizinische Beratungszentrum
- Art. 10 Notfallbehandlungen
- Art. 11 Verletzung von Mitwirkungspflichten und Sanktionen
- Art. 12 Datentransfer und Datenschutz

V. Schlussbestimmungen

- Art. 13 Inkrafttreten

Um diese Versicherungsbedingungen leichter lesbar zu gestalten, sind gewisse personenbezogene Bezeichnungen in männlicher Form gehalten; selbstverständlich gelten diese Bezeichnungen auch für weibliche Personen.

I. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Rechtsgrundlagen

Soweit diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen (EVB) keine abweichenden Bestimmungen enthalten, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Krankenversicherungs-Gesetz (AVB/ KVG).

Art. 2 Grundsätze

1. EGK-TelCare ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer im Sinne von Art. 62 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und Art. 99-101a der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

Sie basiert auf dem Prinzip der telefonischen Beratung durch Ärzte des telemedizinischen Beratungszentrums oder dessen Gesundheitszentren (in der Folge telemedizinisches Beratungszentrum genannt), welche die ganzheitliche Betreuung und Beratung des Patienten sicherstellen. Das telemedizinische Beratungszentrum steht den Versicherten ganzjährig und rund um die Uhr zur Verfügung.

2. Ziel dieser Versicherungsform ist eine integrierte medizinische Versorgung, die hochstehende Qualität gewährleistet und dem Managed Care Gedanken entspricht.

Das telemedizinische Beratungszentrum und die versicherte Person tragen somit zu einer wirtschaftlichen medizinischen Versorgung bei.

3. Die versicherte Person verpflichtet sich, bei jeder medizinischen Fragestellung das telemedizinische Beratungszentrum immer zuerst telefonisch zu kontaktieren, sich medizinisch beraten zu lassen und den Ärzten des telemedizinischen Beratungszentrums die Planung und Koordination des Behandlungspfades anzuvertrauen. Bei einer erforderlichen körperlichen Untersuchung und Behandlung wird die versicherte Person entsprechend der medizinischen Dringlichkeit an einen Grundversorger, einen Spezialisten oder ein Spital in ihrer Nähe weitergewiesen. Die versicherte Person verpflichtet sich, die in Absprache mit dem telemedizinischen Beratungszentrum festgelegten Leistungserbringer aufzusuchen. Vorbehalten bleibt Art. 9 Abs. 5 dieser Ergänzenden Versicherungsbedingungen.
4. Die aus der EGK-TelCare garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG).
5. Die einschränkenden Bedingungen für den Leistungsbezug zur EGK-TelCare gelten, sofern mitversichert, auch für allfällige bei der EGK Privatversicherungen AG geführte Zusatzversicherungen. Anwendbar sind die einschlägigen Versicherungsbedingungen der Zusatzversicherungen.

Art. 3 Unfälle

Diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen gelten auch für alle Unfälle, welche im Rahmen der EGK-TelCare zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) gehen.

II. Versicherungsverhältnis

Art. 4 Abschluss

1. Die EGK-TelCare kann nur von Personen mit Wohnsitz in der Schweiz abgeschlossen werden, die ihren Wohnort in jenen Gebieten haben, in welchen die EGK Grundversicherungen (in der Folge EGK genannt) diese Versicherungsform anbietet.
2. Die EGK behält sich vor, diese Versicherungsform nur in bestimmten Regionen oder nur für Versicherte mit Wohnort in einer bestimmten Region anzubieten.
3. Der Wechsel von der ordentlichen Krankenpflegeversicherung nach KVG (Basisversicherung mit Minimalfranchise) in die EGK-TelCare ist jeweils auf Beginn des dem Antrag folgenden Monats möglich.

Art. 5 Kündigung

1. Der Wechsel zu einem anderen Versicherer kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres erfolgen.
2. Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende desjenigen Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.

Art. 6 Versicherungswechsel

1. Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres erfolgen.
2. Bei der Mitteilung der neuen Prämie kann die versicherte Person die Versicherungsform unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende desjenigen Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht.
3. Ein vorzeitiger Austritt aus der EGK-TelCare ist bei Wohnortwechsel der versicherten Person in eine Region, in welcher die EGK diese Versicherungsform nicht betreibt jederzeit auf das Ende eines Kalendermonats möglich. Die versicherte Person informiert die EGK bei einem solchen Ereignis.
4. Die EGK ist berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats von der EGK-TelCare in die ordentliche Krankenpflegeversicherung nach KVG umzuteilen wenn:

- die versicherte Person vor medizinischen Behandlungen das telemedizinische Beratungszentrum nicht kontaktiert oder nicht die vom telemedizinischen Beratungszentrum genannten Leistungserbringer aufsucht (gem. Art. 9 dieser EVB),
- die versicherte Person ununterbrochen länger als 3 Monate im Ausland weilt,
- die versicherte Person sich wiederholt vertragswidrig verhält (insbesondere gem. Art. 11 dieser EVB),
- die Voraussetzung der telefonischen Kontaktaufnahme vor Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung durch die versicherte Person nicht mehr erfüllt werden kann.

Die Umteilung erfolgt nach schriftlicher Mitteilung durch die EGK.

5. Bei Verlegung des Wohnorts ins Ausland endet die Versicherung in jedem Fall am Tag der tatsächlichen Ausreise aus der Schweiz. Die EGK ist über den Wegzug zu informieren.
6. Die EGK kann auf das Ende eines Kalenderjahres auf den Betrieb der EGK-TelCare verzichten. Sie informiert die versicherte Person bei einem solchen Ereignis mindestens zwei Monate im Voraus.

Die Versicherten werden dann per 1.1. des Folgejahres wunschgemäss in die ordentliche Krankenpflegeversicherung oder in eine andere Versicherungsform umgeteilt.

III. Prämie und Kostenbeteiligung

Art. 7 Prämie

In der EGK-TelCare kann ein Rabatt auf die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) gewährt werden. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif. Bei Beendigung der EGK-TelCare entfällt dieser Rabatt.

Art. 8 Kostenbeteiligung

Die Kostenbeteiligung der versicherten Person richtet sich nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen.

IV. Rechte und Pflichten der versicherten Person

Art. 9 Betreuung und Versorgung durch das telemedizinische Beratungszentrum

1. Die versicherte Person muss für alle ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungen sowie für Verordnungen zum Bezug von Medikamenten und Hilfsmitteln immer zuerst das telemedizinische Beratungszentrum telefonisch kontaktieren, sich beraten lassen und zusammen mit den Ärzten des telemedizinischen Beratungszentrums die Planung und Koordination des Behandlungspfades festlegen.

2. Bei einer erforderlichen körperlichen Untersuchung und Behandlung wird die versicherte Person entsprechend der medizinischen Dringlichkeit an einen Grundversorger, einen Spezialisten oder ein Spital in ihrer Nähe weitergewiesen. Der Versicherte verpflichtet sich, die in Absprache mit dem telemedizinischen Beratungszentrum festgelegten Leistungserbringer aufzusuchen.
3. Ist eine Behandlung erforderlich, vereinbart das telemedizinische Beratungszentrum mit der versicherten Person ein Zeitfenster, innerhalb welchem eine bestimmte Anzahl Konsultationen bei den genannten Leistungserbringern in Anspruch genommen werden kann. Reicht das vereinbarte Zeitfenster oder die Anzahl Konsultationen nicht aus oder kommen weitere Leistungserbringer dazu, so muss die versicherte Person umgehend das telemedizinische Beratungszentrum telefonisch kontaktieren und das weitere Vorgehen absprechen.
4. Empfiehlt der vom telemedizinischen Beratungszentrum genannte Leistungserbringer eine weitergehende Behandlung oder einen operativen Eingriff, welche nicht so im gemeinsam definierten Behandlungsplan vorgesehen waren, so ist die versicherte Person verpflichtet, das telemedizinische Beratungszentrum im Voraus darüber zu informieren.
5. Von der Einschränkung ausgenommen sind:
 - Frauenärzte (Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe)
 - Augenärzte (Fachärzte für Ophthalmologie)
 - Zahnärzte (Dr. med. dent.)
 - kurzfristige Aufenthalte im Ausland
6. Aufenthalte in Spitälern, Rehabilitationskliniken, teilstationären Einrichtungen und Badekuranstalten sowie operative Eingriffe müssen mit dem telemedizinischen Beratungszentrum abgesprochen werden. Bei stationären Rehabilitationsaufenthalten erfolgt die Kostenübernahme zudem nur nach vorgängiger, besonderer Gutsprache der EGK mit ausdrücklicher Bewilligung ihres Vertrauensarztes.
7. Beansprucht die versicherte Person ausserhalb einer Notfallsituation und vorstehenden Ausnahmefällen direkt und ohne vorherige Anweisung durch das telemedizinische Beratungszentrum ambulante oder stationäre Behandlungen, trägt sie sämtliche damit verbundenen Kosten selber.

Art. 10 Notfallbehandlungen

1. Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand einer Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich eingeschätzt wird oder eine unmittelbare Behandlungsbedürftigkeit vorliegt und eine vorgängige telefonische Konsultation beim telemedizinischen Beratungszentrum nicht mehr möglich oder zumutbar ist.

Ein neu oder wieder auftretendes Gesundheitsproblem, auch ausserhalb von Praxisöffnungszeiten, gilt nicht grundsätzlich als Notfall.

2. Ein Notfall ist dem telemedizinischen Beratungszentrum wenn immer möglich vor Beginn der Behandlung zu melden. Sollte dies nicht möglich sein, kann der Notfallarzt oder die regionale Notfallorganisation direkt kontaktiert werden.
3. Bei einer Notfallbehandlung ist die versicherte Person verpflichtet, zum erstmöglichen Zeitpunkt, spätestens jedoch innert 10 Arbeitstagen, das telemedizinische Beratungszentrum zu informieren oder informieren zu lassen.

Sollten anschliessend weitere Konsultationen nötig sein, müssen diese nach Absprache mit dem telemedizinischen Beratungszentrum erfolgen. Mit Einverständnis des telemedizinischen Beratungszentrums kann die weitere Behandlung so lange wie notwendig auch beim Notfallarzt stattfinden.

Art. 11 Verletzung von Mitwirkungspflichten und Sanktionen

1. Verletzt die versicherte Person ihre Mitwirkungspflicht wiederholt oder in schwerwiegender Weise, so kann die EGK sie aus der EGK-TelCare ausschliessen.
2. Der Ausschluss wird von der EGK schriftlich mitgeteilt und führt unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats zur Umteilung in die ordentliche Krankenpflegeversicherung der EGK unter Beibehaltung der gleichen Versicherungsdeckung (Franchise, Unfall).
3. Der erneute Abschluss der EGK-TelCare ist in diesem Falle während zwei Jahren nicht mehr möglich.
4. Vorbehalten bleibt der Nachweis der versicherten Person, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht aus entschuld-baren Gründen erfolgte.

Art. 12 Datentransfer und Datenschutz

1. Der Datenschutz ist in diesem Versicherungsmodell ge-währleistet. Beim Datenaustausch halten sich EGK und das telemedizinische Beratungszentrum an die datenschutzrecht-lichen Bestimmungen des KVG, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und des Bundesgesetzes vom 19.6.1992 über den Datenschutz (DSG).
2. Die versicherte Person erklärt sich damit einverstanden, dass
 - a) die EGK dem telemedizinischen Beratungszentrum die zur Durchführung dieses Versicherungsmodells notwen-digen Stammdaten zur Verfügung stellt
 - b) die EGK dem telemedizinischen Beratungszentrum die zur Auswertung der Melde- und Mitwirkungspflichten notwendigen Behandlungs- und Rechnungsdaten zur Verfügung stellt

c) das telemedizinische Beratungszentrum die EGK über die von ihr veranlassten und genehmigten Konsultationen (Zeitfenster, Anzahl, Leistungserbringer) informiert

3. Der Datenaustausch kann auch über einen speziell damit beauftragten Dritten stattfinden, sofern dieser die Daten nur so bearbeitet, wie es die EGK selbst tun dürfte und sofern er die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz einhält.
4. Alle an der Durchführung dieses Versicherungsmodells beteiligten Instanzen unterliegen ebenfalls der gesetzlichen Schweigepflicht sowie den gesetzlichen und reglementari-schen Bestimmungen über den Datenschutz.
5. Gesundheitsdaten werden ausschliesslich dem Vertrauens-ärztlichen Dienst der EGK mitgeteilt.
6. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Datenbearbeitungs-reglementes der EGK Grundversicherungen.

V. Schlussbestimmungen

Art. 13 Inkrafttreten

Die vorliegenden Ergänzenden Versicherungsbedingungen (EVB) wurden vom Stiftungsrat der EGK gutgeheissen und treten am 1. Januar 2014 in Kraft.

Therapeutische Beratung rund um die Uhr mit EGK-TelCare

An 7 Tagen während 24 Stunden ungehinderten Zugang zu medizinischer Beratung auf qualitativ höchstem Niveau – diese Vorteile bietet Ihnen unser besonderes Versicherungsmodell EGK-TelCare. Hinter EGK-TelCare steckt ein kompetentes,

telemedizinisches Beratungszentrum (oder dessen Gesundheitszentren), welches zusammen mit Ihnen beurteilt, ob Sie eine medizinische Behandlung benötigen und mit welcher Dringlichkeit. Auch das weitere Vorgehen wird gemeinsam festgelegt.

Dies kann je nachdem Arztbesuche bei Grundversorgern oder Spezialisten, bei weiteren anerkannten Leistungserbringern oder sogar den ganzen Behandlungspfad umfassen.

EGK-TelCare Telefon-Nr. 0800 800 735

Als Kundin oder Kunde von EGK-TelCare gelten für Sie die folgenden Grundsätze:

- In EGK-TelCare schränken Sie sich bei der Arztwahl bewusst ein, indem Sie bei jeder medizinischen Frage zuerst das telemedizinische Beratungszentrum telefonisch kontaktieren und gemeinsam mit seinen Ärzten die Planung und Koordination des Behandlungspfades festlegen.
- Falls sich die Notwendigkeit einer körperlichen Untersuchung oder Behandlung ergibt, werden Sie vom telemedizinischen Beratungszentrum an die richtigen, gemeinsam vereinbarten Fachpersonen oder an ein Spital in Ihrer Nähe weitergewiesen.
- Das telemedizinische Beratungszentrum vereinbart mit Ihnen zusammen Behandlungsdauer und Anzahl der Konsultationen beim gemeinsam bestimmten Arzt oder Therapeuten. Reichen weder Behandlungsdauer noch Anzahl Konsultationen aus oder benötigt es zusätzliche Leistungserbringer, sprechen Sie sich vorgängig mit dem telemedizinischen Beratungszentrum ab.
- Eine vorgängige Information an das telemedizinische Beratungszentrum ist

auch dann notwendig, wenn Ihnen der vom telemedizinischen Beratungszentrum genannte Arzt oder Therapeut eine weiter gehende Behandlung oder einen operativen Eingriff empfiehlt, welche so nicht im gemeinsam definierten Behandlungsplan vorgesehen sind.

- Die Beratungspflicht erstreckt sich auch auf chronisch kranke Personen oder Versicherte, welche in regelmässigen, planbaren Abständen einen Arzt oder Therapeuten aufsuchen müssen. Das Ärzteteam des telemedizinischen Beratungszentrums legt auch in diesem Fall gemeinsam mit Ihnen den Behandlungsplan fest und unterstützt Sie bei der Koordination.

Uneingeschränkte Wahlmöglichkeit in bestimmten Ausnahmefällen

Die folgenden Spezialistinnen und Spezialisten stehen Ihnen hingegen sofort und ohne Rücksprache mit dem telemedizinischen Beratungszentrum zur Verfügung:

- Frauenärztinnen und -ärzte (Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe)
- Augenärzte (Fachärzte für Ophthalmologie)
- Zahnärzte (Dr. med. dent.) sowie

- kurzfristige Aufenthalte im Ausland
- Notfälle, welche dem telemedizinischen Beratungszentrum jedoch innert 10 Tagen gemeldet werden müssen.

Falls Sie ausserhalb einer Notfallsituation oder den aufgeführten Ausnahmen ambulante oder stationäre Behandlungen beanspruchen, werden Ihnen die damit verbundenen Kosten übertragen. Im Wiederholungsfalle wird ausserdem die Zuteilung in die ordentliche Krankenpflegeversicherung geprüft. Gerne machen wir Sie auch darauf aufmerksam, dass der Wechsel in eine andere, besondere Versicherungsform oder auch der Wechsel zurück in die ordentliche Krankenpflegeversicherung laut Art. 100 KVV jeweils auf Ende eines Kalenderjahres möglich ist. Dies gilt auch ganz grundsätzlich für den Wechsel Ihres Krankenversicherers.

Wünschen Sie eine persönliche Beratung oder haben Sie weitere Fragen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

EGK Grundversicherungen



EGK-Gesundheitskasse
Brislachstrasse 2, 4242 Laufen
T 061 765 51 11, F 061 765 51 12
info@egk.ch, www.egk.ch