



# HMO-Gesundheitsversicherung

Zusatzreglement HMO-Gesundheitsversicherung und Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für Zusatzversicherungen von HMO-Versicherten

## Zusatzreglement HMO-Gesundheitsversicherung

I.	Allgemeine Bestimmungen	Art.
	Grundsätze	1
	Geltungsbereich	2
II.	Versicherungsverhältnis	
	Abschluss	3
	Kündigung	4
III.	Prämien und Kostenbeteiligungen	
	Prämien	5
	Kostenbeteiligungen	6
IV.	Rechte und Pflichten der HMO-Versicherten	
	Betreuung und Versorgung durch den HMO-Arzt der HMO-Gesundheitsorganisation	7
	Notfallbehandlungen	8
	Behandlungen beim Spezialarzt	9
	Einweisung in ein Spital	10
	Badekuren	11
	Meldepflicht bei Unfällen	12
	Wechsel der HMO-Gesundheitsorganisation	13
	Akteneinsichtsrecht	14
V.	Schlussbestimmung	
	Inkrafttreten	15

## Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für Zusatzversicherungen von HMO-Versicherten

I.	Allgemeine Bestimmungen	
	Grundsätze	1
	Geltungsbereich	2
II.	Leistungen	
	Grundsatz	3
III.	Prämien und Kostenbeteiligungen	
	Prämien	4
	Kostenbeteiligungen	5

## Zusatzreglement HMO-Gesundheitsversicherung

### I. Allgemeine Bestimmungen

#### 1 Grundsätze

1.1 Die HMO-Gesundheitsversicherung ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Die HMO-Gesundheitsorganisation stellt die ganzheitliche Behandlung und Betreuung der HMO-Versicherten in allen Gesundheitsfragen sicher.

1.2 HMO-Versicherte erklären sich bereit, alle Behandlungen und Untersuchungen durch die bezeichnete HMO-Gesundheitsorganisation durchführen oder sich von einer solchen an Dritte überweisen zu lassen. Sie tragen damit zu einer kostenbewussten medizinischen Versorgung bei.

1.3 Die aus der HMO-Gesundheitsversicherung garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter Berücksichtigung der einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug (Art. 7 ff.).

1.4 Der Datenschutz ist bei der HMO-Gesundheitsversicherung gewährleistet.

1.5 Der Versicherer und der HMO-Arzt haben einander die zur Durchführung dieser besonderen Versicherungsform erforderlichen Daten zu liefern. Sie erhalten gegenseitig Einsicht in sämtliche eingegangenen Rechnungen. Diese Daten werden im Rahmen der HMO-Gesundheitsversicherung ausgewertet. Der Versicherer kann dafür einen spezialisierten Dritten beauftragen, sofern er diesen in die Datenschutzpflichten einbindet.

#### 2 Geltungsbereich

2.1 Die einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug zur HMO-Gesundheitsversicherung gelten, sofern mitversichert, auch für allfällige beim Versicherer geführte Zusatzversicherungen. Anwendbar sind die einschlägigen Versicherungsbedingungen der Zusatzversicherungen.

2.2 Sofern in diesen Bestimmungen keine anderslautenden Regelungen enthalten sind, gelten die Bestimmungen der Statuten und des Reglements obligatorische Krankenpflegeversicherung des Versicherers.

## II. Versicherungsverhältnis

### 3 Abschluss

- 3.1 Die HMO-Gesundheitsversicherung können alle Versicherten abschliessen, die im entsprechenden regionalen HMO-Versorgungsgebiet ihren zivilrechtlichen Wohnsitz haben. Der Abschluss der HMO-Gesundheitsversicherung erfolgt jeweils auf den Ersten des folgenden Monats.
- 3.2 Die HMO-Versicherten wählen, sofern eine Wahlmöglichkeit besteht, beim Abschluss der HMO-Gesundheitsversicherung eine regionale HMO-Gesundheitsorganisation aus. Ein späterer Wechsel zu einer anderen HMO-Gesundheitsorganisation ist möglich (Art.13).
- 3.3 Ist die hausärztliche Versorgung durch die HMO-Gesundheitsorganisation nicht möglich (z.B. wenn der HMO-Arzt keinen Einfluss auf die Behandlung der versicherten Person nehmen kann), ist der Abschluss der HMO-Gesundheitsversicherung nicht möglich.

### 4 Kündigung

- 4.1 Der Wechsel zu einer anderen Versicherungsform oder zu einem anderen Versicherer kann unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist auf das Ende eines Kalenderjahres erklärt werden.
- 4.2 Bei einem Wegzug aus dem HMO-Versorgungsgebiet erfolgt der Austritt aus der HMO-Gesundheitsversicherung und der Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung auf den Ersten des folgenden Monats.
- 4.3 Ist die hausärztliche Versorgung durch die gewählte HMO-Gesundheitsorganisation nicht mehr möglich (z. B. wenn der HMO-Arzt keinen Einfluss auf die ärztliche Behandlung eines Versicherten mehr nehmen kann), ist der Versicherer berechtigt, die HMO-Versicherten unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonats aus der HMO-Versicherung auszuschliessen. Dies führt automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung des Versicherers. Die Gewährung eines zukünftigen Abschlusses der HMO-Gesundheitsversicherung bleibt vorbehalten. Diese Regelung gilt ebenfalls für Versicherte, welche länger als drei Monate im Ausland weilen, oder bei wiederholtem reglementswidrigem Verhalten von Versicherten.

## III. Prämien und Kostenbeteiligungen

### 5 Prämien

HMO-Versicherte erhalten einen Rabatt auf der Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif.

### 6 Kostenbeteiligungen

Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei ambulanter und stationärer Behandlung sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthalts erfolgt gemäss den gesetzlichen Bestimmungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den entsprechenden Versicherungsbedingungen des Versicherers. Die HMO-Prämie (ordentliche Prämie abzüglich Rabatt gemäss Art. 5) bildet die Grundlage für die Berechnung der Prämienreduktion für Versicherungen mit wählbarer Franchise.

## IV. Rechte und Pflichten der HMO-Versicherten

### 7 Betreuung und Versorgung durch den HMO-Arzt der HMO-Gesundheitsorganisation

- 7.1 HMO-Versicherte wenden sich für alle Behandlungen immer zuerst an ihren HMO-Arzt oder dessen Stellvertreter in der HMO-Gesundheitsorganisation. Ausgenommen sind gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und geburtshilfliche Betreuung sowie Untersuchungen beim Augenarzt allein für die Verschreibung von Brillen oder Kontaktlinsen. Der HMO-Arzt sorgt bei Bedarf für die adäquate Behandlung und Betreuung durch weitere Ärzte oder medizinische Hilfspersonen.
- 7.2 Beanspruchen HMO-Versicherte ausserhalb einer Notfallsituation direkt ambulante oder stationäre Behandlungen ohne vorherige Anweisung durch ihren HMO-Arzt, tragen sie sämtliche damit verbundenen Kosten selber.
- 7.3 HMO-Versicherte haben ihren Arzt oder Therapeuten, den sie ausserhalb der HMO-Gesundheitsorganisation aufsuchen, darüber zu informieren, dass sie HMO-versichert sind.

### 8 Notfallbehandlungen

- 8.1 In einer Notfallsituation gelangen die HMO-Versicherten an ihre HMO-Gesundheitsorganisation oder, falls diese nicht erreichbar ist, an die regionale Notfallorganisation am Wohnort, gegebenenfalls am Aufenthaltsort.
- 8.2 Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitaleinweisung oder eine Behandlung beim Notfallarzt nötig, sind die HMO-Versicherten verpflichtet, zum nächstmöglichen Zeitpunkt die HMO-Gesundheitsorganisation zu orientieren oder orientieren zu lassen und eine Bescheinigung des Notfallarztes vorzulegen.

## 9 **Behandlungen beim Spezialarzt**

Werden HMO-Versicherte von ihrem HMO-Arzt einem Spezialarzt zugewiesen, und dieser empfiehlt den HMO-Versicherten eine weitergehende Behandlung oder einen operativen Eingriff, sind die HMO-Versicherten verpflichtet, ihren HMO-Arzt darüber im Voraus zu informieren oder informieren zu lassen und dessen Einverständnis einzuholen.

## 10 **Einweisung in ein Spital**

Einweisungen in Spitäler oder teilstationäre Einrichtungen müssen durch den HMO-Arzt oder mit dessen Einverständnis erfolgen (ausgenommen Notfälle Art. 8). Der HMO-Arzt stellt die Spitalbedürftigkeit fest und weist die HMO-Versicherten in das Spital ein.

## 11 **Badekuren**

Einweisungen in Heilbäder müssen durch den HMO-Arzt oder mit dessen Einverständnis erfolgen, sofern der Anspruch auf Versicherungsleistung geltend gemacht wird.

## 12 **Meldepflicht bei Unfällen**

Die HMO-Versicherten haben ihren HMO-Arzt über Unfälle und deren Behandlungen zu informieren, auch wenn diese über eine Unfallversicherung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) abgedeckt sind.

## 13 **Wechsel der HMO-Gesundheitsorganisation**

HMO-Versicherte können die HMO-Gesundheitsorganisation in begründeten Fällen auf den Ersten des folgenden Monats wechseln. Sie teilen dies der bisherigen HMO-Gesundheitsorganisation und dem Versicherer mit.

## 14 **Akteneinsichtsrecht**

Mit dem Abschluss der HMO-Gesundheitsversicherung erklären sich die HMO-Versicherten einverstanden, ihrem HMO-Arzt Einsicht in sämtliche Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer medizinischen Versorgung zu gewähren. Beim Wechsel zu einer anderen HMO-Gesundheitsorganisation stimmen sie der Weitergabe dieser Informationen an die neue HMO-Gesundheitsorganisation zu und entbinden dafür den HMO-Arzt vom Berufsgeheimnis.

## V. **Schlussbestimmung**

### 15 **Inkrafttreten**

- 15.1 Dieses Zusatzreglement wurde vom Verwaltungsrat am 25. Oktober 1996 beschlossen und tritt am 1. Januar 1997 in Kraft.
- 15.2 Die Änderungen vom 27. Oktober 2000 (Art. 1.4, 1.5, 3.3, 4.1, 4.3, 7.1, 7.3, 12, 15) treten am 1. Januar 2001 in Kraft.
- 15.3 Die Änderung vom 19. September 2003 (Art. 4.1) tritt am 1. Oktober 2003 in Kraft.
- 15.4 Die Änderungen vom 16. September 2005 (Art. 3.1, 4.2 und 11) treten am 1. Januar 2006 in Kraft.
- 15.5 Die Änderungen vom 4. Mai 2007 (Verwendung der neuen Bezeichnung «HMO-Gesundheitsorganisation» im ganzen Zusatzreglement) treten rückwirkend auf den 1. Januar 2007 in Kraft.

#### **Bitte beachten:**

Den Versicherten der HMO-Gesundheitsversicherung steht die Möglichkeit offen, bei der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG Zusatzversicherungen nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) abzuschliessen.

Für Zusatzversicherungen von HMO-Versicherten gelten nebst den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und den Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) immer auch die nachstehenden Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB).

## Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für Zusatzversicherungen von HMO-Versicherten

### I. Allgemeine Bestimmungen

#### 1 Grundsatz

1.1 Den Versicherten der HMO-Gesundheitsversicherung steht der Abschluss von Zusatzversicherungen offen. Zusatzversicherungen zur HMO-Gesundheitsversicherung können allerdings nur in Verbindung mit einer bei der CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG, im Folgenden CONCORDIA genannt, oder bei einem Versicherer, der die Zusatzversicherungen der CONCORDIA vermittelt, bestehenden HMO-Gesundheitsversicherung abgeschlossen werden.

1.2 Die Zusatzversicherungen von HMO-Versicherten gelten als besondere Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Die in der HMO-Gesundheitsversicherung anwendbaren Rechte und Pflichten der Versicherten sind auch für die Zusatzversicherungen zwingend. Beim Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung entfallen die besonderen Rechte und Pflichten der HMO-Versicherten.

#### 2 Geltungsbereich

Sofern in diesen Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB) keine anderslautenden Regelungen enthalten sind, gelten die Bestimmungen des Zusatzreglements HMO-Gesundheitsversicherung sowie der einschlägigen Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (AVB, ZVB) für die Zusatzversicherungen.

### II. Leistungen

#### 3 Grundsatz

3.1 Die Leistungen der HMO-Zusatzversicherungen richten sich nach den jeweils anwendbaren Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) der entsprechenden Zusatzversicherung.

3.2 Die einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug bzw. die Wahl der Leistungserbringer (Art. 7-13 Zusatzreglement HMO-Gesundheitsversicherung) gelten auch für den Bezug von Leistungen der Zusatzversicherungen von HMO-Versicherten.

### III. Prämien und Kostenbeteiligungen

#### 4 Prämien

HMO-Versicherte erhalten einen Rabatt auf der Prämie der abgeschlossenen Zusatzversicherung. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif.

#### 5 Kostenbeteiligungen

Die Erhebung von Franchisen und Selbstbehalten bei ambulanter und stationärer Behandlung richtet sich nach den anwendbaren Allgemeinen und Zusätzlichen Versicherungsbedingungen (AVB, ZVB) für die Zusatzversicherungen.



Dir vertraue ich

CONCORDIA  
Bundesplatz 15  
6002 Luzern  
Telefon 041 228 01 11  
www.concordia.ch  
info@concordia.ch