

Zusätzliche Versicherungsbedingungen Versicherung Diversa

DV

DVGA01-A6 – Ausgabe 01.10.2003

Inhaltsverzeichnis

A. Begriff und Inhalt

- Art. 1** Zusatzversicherung
Art. 2 Inhalt
Art. 3 Krankheit und Unfall

B. Leistungen in der Schweiz

- Art. 4** Nichtkassenpflichtige Arzneimittel
Art. 5 Badekuren
Art. 6 Erholungskuren
Art. 7 Meldepflicht
Art. 8 Haushaltshilfen
Art. 9 Kranken- und Unfalltransporte in der Schweiz
Art. 10 Zahnbehandlung
Art. 11 Todesfallentschädigung
Art. 12 Brillen, Kontaktlinsen

- Art. 13** Nichtärztliche Psychotherapie
Art. 14 Impfungen
Art. 15 Hilfsmittel
Art. 16 Nichtpflichtbehandlungen
Art. 17 Ausstandsärzte

C. Leistungen im Ausland

- Art. 18** Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich
Art. 19 Notrufzentrale
Art. 20 Heilungskosten
Art. 21 Notfallhilfe
Art. 22 Leistungsdauer
Art. 23 Meldepflichten
Art. 24 Leistungseinschränkungen

Die untenstehenden Bestimmungen ergeben sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ PA), Ausgabe vom 1. Oktober 2003 der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG gemäss VVG.

A. Begriff und Inhalt

Art. 1 Zusatzversicherung

- Die Versicherung Diversa gilt als Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Für alle in diesen zusätzlichen Versicherungsbedingungen nicht besonders geregelten Fragen gelten die gesetzlichen Bestimmungen sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherungen (AVZ PA).
- Für Versicherte, die eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG Artikel 62 führen (z. B. HMO, Hausarztmodell), gelten zudem die diesbezüglichen Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB).

Art. 2 Inhalt

- Aus der Versicherung Diversa werden vielfältige Leistungen ausgerichtet, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehen.
- Die Versicherung Diversa kann als Variante Diversa oder Diversa plus abgeschlossen werden.

Art. 3 Krankheit und Unfall

Die Leistungen aus der Versicherung Diversa werden bei Krankheit und bei Unfall gewährt.

B. Leistungen in der Schweiz

Art. 4 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel

- Die von einem Arzt verordneten, in der Schweiz beim Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) registrierten, nichtkassenpflichtigen Arzneimittel werden zu
Diversa: 50%
Diversa plus: 75%
übernommen. Ausgenommen von der Leistungspflicht sind die in der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) aufgeführten Präparate und solche, die im Rahmen von wissenschaftlichen Studien eingesetzt werden.

Art. 5 Badekuren

- Bei ärztlich verordneten, stationär durchgeführten Badekuren in einem ärztlich geleiteten, inländischen Heilbad gemäss KVG Artikel 40 werden zu den von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckten Kosten zusätzlich während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen ausgerichtet:
Diversa: Fr. 30.– pro Tag
Diversa plus: Fr. 50.– pro Tag
Diese Beiträge werden auch gewährt, wenn die ärztlich verordnete, stationäre Badekur in einem ärztlich geleite-

ten europäischen Heilbad durchgeführt wird, das über das erforderliche Fachpersonal und ein zweckentsprechendes Therapieangebot zur Behandlung von Badekurpatienten verfügt.

2. Diese Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn der Kur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen oder eine solche ambulant nicht möglich ist. Zudem hat bei Kurantritt eine ärztliche Eintrittsuntersuchung zu erfolgen, und es müssen in der Schweiz wissenschaftlich anerkannte balneologische/physikalische Anwendungen gemäss Kurplan durchgeführt werden.

Art. 6 Erholungskuren

1. Ist zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit oder schweren Operation ein Kuraufenthalt medizinisch notwendig und ärztlich verordnet, werden pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:
Diversa: bis Fr. 30.–
Diversa plus: bis Fr. 50.–
2. Die Kur muss in einer vom Versicherer anerkannten, inländischen Kuranstalt durchgeführt werden. Der Versicherer führt eine Liste der von ihm anerkannten Kuranstalten, die er laufend anpasst. Die Liste kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.
3. Die versicherten Leistungen werden während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

Art. 7 Meldepflicht

Die ärztliche Kurverordnung ist rechtzeitig vor Antritt der Kur einzureichen, unter Angabe der Kuranstalt oder des Heilbades und des Datums des Kurantritts.

Art. 8 Haushaltshilfen

1. Wenn der Versicherte aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit wegen seines Gesundheitszustands und wegen seiner persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushaltshilfe benötigt, werden pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:
Diversa: bis Fr. 30.–
Diversa plus: bis Fr. 50.–
2. Als Haushaltshilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung des Versicherten den Haushalt besorgt. Der gleiche Beitrag kann auch ausgerichtet werden, wenn eine andere Person in Vertretung des erkrankten Versicherten den Haushalt besorgt und die damit verbundenen Kosten ausgewiesen sind.
3. Die versicherte Tagesleistung wird höchstens 30 Mal pro Kalenderjahr ausgerichtet.

Art. 9 Kranken- und Unfalltransporte in der Schweiz

1. Im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernimmt der Versicherer die in der Schweiz anfallenden Kosten für medizinisch notwendige Ambulanztransporte zum nächstgelegenen Arzt oder Spital zu den üblichen Tarifen. Das Transportmittel muss wirtschaftlich und zweckmässig sein.

2. An Such- und Rettungskosten von verunfallten oder akut erkrankten Versicherten werden im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die folgenden Leistungen erbracht:

Diversa: bis Fr. 10'000.–

Diversa plus: bis Fr. 20'000.–

3. Macht eine Organisation die Rechnungsstellung für geleistete Hilfestellung von den Leistungen des Versicherten abhängig, werden die Leistungen hälftig gekürzt.

Art. 10 Zahnbehandlung

1. Die folgenden Leistungen werden gewährt:
 - a. Bei stationären, chirurgischen Behandlungen zur Behebung von pathologischen Zuständen (Kieferkammaufbau mit Rippentransplantation, Rekonstruktion des Vestibulums usw.) werden die Kosten der allgemeinen Abteilung des Vertragsspitals im Wohnkanton übernommen.
 - b. Bei ambulanter Behandlung werden die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie der Schulzahnpflege nicht gedeckten Kosten zu
Diversa: 50%
Diversa plus: 75%
übernommen. Die Rückerstattung von Leistungen richtet sich ausschliesslich nach dem UM/MV/IV-Zahnarzttarif bzw. dem Schulzahnpflegetarif und den dort jeweils unter dem entsprechenden Kapitel aufgeführten Tarifpositionen. Es handelt sich dabei um folgende Behandlungen:
 - kieferorthopädische Behandlung aus kaufunktionellen Gründen (Korrektur von Zahnfehlstellungen und Kieferdeformitäten) bis zur Vollendung des 22. Altersjahrs
 - Behandlung von Kiefergelenkbeschwerden (Costen-Syndrom) ausgenommen Kronen und Brücken
 - parodontologische Behandlung (diagnostische und therapeutische Massnahmen am Zahnhalteapparat bzw. Zahnbett ausgenommen Extraktionen, Zahnersatz usw.)
 - operative Entfernung retinierter oder impakterter Zähne oder vollständig vom Knochen umschlossener Wurzelreste
 - Zahnextraktionen unter Aufklappung
2. Versicherte, die zahnärztliche Leistungen im Sinn dieses Artikels beanspruchen können, haben die detaillierten Zahnarztrechnungen im Original mit Angabe der Tarifziffern gemäss UV/MV/IV-Zahnarzttarif einzureichen.

Art. 11 Todesfallentschädigung

1. Bei Tod des Versicherten nach dem dritten Lebenstag und vor dem erfüllten 65. Lebensjahr wird eine Todesfallentschädigung von Fr. 1'000.– ausgerichtet.
2. Die Auszahlung erfolgt an die anspruchsberechtigten Hinterbliebenen. Als solche gelten abschliessend: der Ehegatte, bei dessen Fehlen die Kinder, bei deren Fehlen die Eltern.
3. Die Bezeichnung anderer Begünstigter oder der Aus-

schluss von Anspruchsberechtigten ist nicht möglich.

4. Der Tod des Versicherten ist unverzüglich zu melden. Zur Anspruchsbegründung ist eine amtliche Sterbeurkunde einzureichen.
5. Wird innerhalb von sechs Monaten keine amtliche Sterbeurkunde eingereicht, erlischt der Anspruch auf die Todesfallentschädigung.

Art. 12 Brillen, Kontaktlinsen

An die Kosten von vom Optiker abgegebene Brillengläser und Kontaktlinsen werden für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr einmal pro Kalenderjahr und für Erwachsene einmal innert drei Kalenderjahren folgende Leistungen ausgerichtet:

Diversa: bis Fr. 150.–
Diversa plus: bis Fr. 250.–

Art. 13 Nichtärztliche Psychotherapie

1. Solange in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine Leistungspflicht für Kosten der ärztlich angeordneten, durch anerkannte nichtärztliche Psychotherapeuten durchgeführten Behandlungen besteht, werden für solche Behandlungen aus der Versicherung Diversa ausgerichtet:

Diversa: 75%, höchstens Fr. 2'000.–,
innert drei Kalenderjahren

Diversa plus: 75%, höchstens Fr. 3'000.–,
innert drei Kalenderjahren

Die Höhe der auszurichtenden Leistungen beschränkt sich auf die geltenden Tarifpositionen für die delegierte Psychotherapie.

2. Als anerkannte nichtärztliche Psychotherapeuten gelten die selbstständigen Psychologen, die Mitglied des Schweizer Physiotherapie Verbands (SPV) oder von santéuisse anerkannt sind.
3. Psychotherapien, die zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifung oder zu anderen, nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken durchgeführt werden, werden nicht übernommen.

Art. 14 Impfungen

Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten für Impfungen werden zu 90% übernommen.

Art. 15 Hilfsmittel

1. Für ärztlich verordnete Hilfsmittel, für die weder aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung noch aus einer anderen Sozialversicherung ein Anspruch auf Leistungen besteht, werden pro Hilfsmittel die folgenden Leistungen ausgerichtet:

Diversa: 50%, höchstens Fr. 1'000.–
Diversa plus: 50%, höchstens Fr. 2'000.–

2. Wiederverwendbare Hilfsmittel, die vom Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen (SVK) vermittelt werden, werden den Versicherten unentgeltlich leihweise abgegeben.
3. Die Kosten für Betrieb und Unterhalt der Hilfsmittel wer-

den nicht übernommen.

Art. 16 Nichtpflichtbehandlungen

An die Kosten von Korrekturoperationen von abstehenden Ohren sowie von Unterbindungen (Sterilisation und Vasektomie) werden die folgenden Leistungen ausgerichtet:

Diversa: 50%, höchstens Fr. 2'000.–
Diversa plus: 50%, höchstens Fr. 4'000.–

Art. 17 Ausstandsärzte

An Behandlungen durch Ärzte, die es abgelehnt haben, ihre Leistungen nach dem Tarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen (Ausstand), werden folgende Leistungen erbracht:

Diversa: keine Leistungen
Diversa plus: 75%, höchstens Fr. 2'000.–
pro Kalenderjahr

C. Leistungen im Ausland

Art. 18 Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich

1. Der Versicherungsschutz im Ausland gilt weltweit für Auslandsaufenthalte von weniger als 12 Monaten.
2. Für Grenzgänger gilt als Ausland, was ausserhalb der Schweiz sowie ausserhalb eines Grenzkorridors von 20 Kilometer ab Schweizer Landesgrenze liegt.

Art. 19 Notrufzentrale

1. Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall, unvorhergesehener Niederkunft und Tod im Ausland, die Notfälle gemäss Artikel 21 oder die Hospitalisation erforderlich machen, ist unverzüglich die Notrufzentrale des Versicherers zu benachrichtigen, die durch den Groupe Mutuel Assistance betrieben wird. Diese berät die Versicherten und leistet ihnen die erforderliche Hilfe.
2. Die notwendige Notfallhilfe wird von der Notrufzentrale angeordnet, organisiert und im Bedarfsfall durchgeführt und vom Versicherer vergütet.
3. Die Kosten einer nicht von der Notrufzentrale angeordneten Notfallhilfe gemäss Artikel 21 werden nicht übernommen.

Art. 20 Heilungskosten

Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall oder unvorhergesehener Niederkunft im Ausland werden die folgenden Heilungskosten zu den ortsüblichen Tarifen übernommen:

1. ärztliche Behandlungen (nur in der Schweiz anerkannte Heilanzeigen)
2. Medikamente
3. Analysen
4. Behandlungen bei Chiropraktoren
5. unfallbedingte Zahnbehandlungen
6. stationäre Behandlungen in Akutspitalern

Art. 21 Notfallhilfe

1. Bei ernsthafter Erkrankung, schwerem Unfall oder Tod im Ausland übernimmt der Versicherer folgende von der Groupe Mutuel Assistance organisierte Leistungen:
 - a. medizinisch notwendige Rettungsaktionen und Transporte
 - b. Suchaktionen zur Rettung und Bergung eines verunfallten oder akut erkrankten Versicherten bis zu einem Maximalbetrag von:
Diversa: Fr. 10'000.–
Diversa plus: Fr. 20'000.–
 - c. medizinisch notwendige Heimschaffung an den Wohnort bzw. ins zuständige Spital
 - d. Bergung und Heimschaffung eines verstorbenen Versicherten an den vor der Abreise bestandenen Wohnort in der Schweiz
2. Werden Such-, Rettungs- oder Transportmassnahmen durch Streik, Wirren, kriegerische Handlungen, Radioaktivität, höhere Gewalt oder ähnliche Ursachen verunmöglichlicht, kann deren Durchführung nicht verlangt werden.

Art. 22 Leistungsdauer

1. Die Leistungen bei ambulanten Behandlungen werden längstens während der Geltung des Versicherungsschutzes gemäss Artikel 18, Absatz 1 erbracht.
2. Leistungen bei stationären Behandlungen werden nur bis zum Zeitpunkt einer medizinischen zumutbaren Heimreise oder Verlegung in das in der Schweiz zuständige Spital ausgerichtet, längstens jedoch während:
Diversa: 30 Tagen
Diversa plus: 60 Tagen

Art. 23 Meldepflichten

1. Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall oder unvorhergesehener Niederkunft im Ausland ist der Notrufzentrale des Versicherers unverzüglich Meldung zu erstatten (Art. 19).
2. Die detaillierten Originalrechnungen, die Leistungsabrechnung allfälliger anderer Kranken- bzw. Unfallversicherer und die notwendigen medizinischen Angaben sind in einer schweizerischen Landessprache oder in englischer Sprache unverzüglich einzureichen.
3. Werden dem Versicherten bereits vor der Abreise bezahlte Ferien- oder Reisekosten, die durch eine plötzliche Erkrankung oder einem Unfall unnötig oder unbrauchbar geworden sind, durch den Reiseveranstalter oder das Transportunternehmen rückerstattet, so ist dies unverzüglich zu melden. Diese Rückerstattungen werden von den Leistungen in Abzug gebracht.

Art. 24 Leistungseinschränkungen

1. Auslandeleistungen werden nur für Behandlungen im jeweiligen Aufenthaltsland gewährt. Für Verlegungen und Behandlungen in Drittstaaten können keine Leistungen beansprucht werden.
2. Begeben sich Versicherte zur Behandlung, Pflege, Kur oder Niederkunft ins Ausland, werden keine Leistungen ausgerichtet. Für Krankheiten und Unfallfolgen, die bereits bei der Abreise ins Ausland bestanden haben, entfällt die Leistungspflicht.