

Besondere Bedingungen der Zusatzversicherung

GSGA01-A6 – Ausgabe 01.12.2006

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Zweck der Versicherung	Art. 6	Franchise
Art. 2	Kreis der Versicherten	Art. 7	Prämie
Art. 3	Versicherte Leistungen	Art. 8	Beginn und Ende der Versicherungsdeckung
Art. 4	Leistungsanspruch	Art. 9	Bezugstext
Art. 5	Pflichten des Versicherten		

Die untenstehenden Bestimmungen ergeben sich aus den Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen AVZ (Ausgabedatum gemäss Versicherungspolice).

Art. 1 Zweck der Versicherung

Zweck dieser Versicherung ist es, den Versicherten bestimmte Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung auszurichten.

Art. 2 Kreis der Versicherten

Beitritts- und anspruchsberechtigt sind ausschliesslich:

1. Angestellte und Lohnempfänger von Unternehmen, die einer Vereinigung angehören, welche einen Rahmenvertrag mit dem Versicherer abgeschlossen hat
2. IV- oder AHV-rentenberechtigte und ehemals angestellte und Lohn empfangende Personen von Unternehmen, welche einer Vereinigung angehören, die einen Rahmenvertrag mit dem Versicherer abgeschlossen hat
Die Liste der Unternehmen, welche einer Vereinigung angehören, die einen Rahmenvertrag abgeschlossen haben, ist beim Versicherer erhältlich.

Art. 3 Versicherte Leistungen

Der Versicherer richtet in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung folgende Leistungen aus (vgl. Anhang A, integraler Bestandteil der vorliegenden Besonderen Bedingungen):

1. Spitalaufenthalt
 1. Leistungsklasse
freie Wahl in der allgemeinen Abteilung eines anerkannten Schweizer Spitals für Allgemein- und Psychiatriepflege von Akutpatienten
 2. Leistungen
Bei einem Spitalaufenthalt übernimmt der Versicherer die Behandlungskosten sowie die Unterkunfts- und Verpflegungskosten.
 3. Umfang und Dauer der Leistungen
Die Leistungen der Spitalversicherung werden unter Vorbehalt der folgenden Bestimmungen übernommen:

- a. Der Versicherer übernimmt gemäss kantonaler Tarifordnung oder Tarifvereinbarung oder gemäss anderer vom Versicherer geschlossenen Vereinbarung die vom KVG anerkannten Behandlungskosten, die Unterkunfts- und Verpflegungskosten und die Arzthonorare.
- b. Erfolgt die Einweisung in ein Spital, mit dem der Versicherer hinsichtlich Unterkunfts-, Verpflegungs- und Behandlungskosten (inkl. Arzthonorare) kein Tarifabkommen abgeschlossen hat, so werden dem Versicherten, entsprechend dem Beitrag für die allgemeine Abteilung, ein Beitrag von Fr. 200.– pro Tag gewährt.
- c. Im Rahmen der vorliegenden Versicherung besteht keine Versicherungsdeckung für Organtransplantationen, für die der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer in Solothurn (SVK) Fallpauschalen vereinbart hat. Diese Regel gilt auch für Spitäler, für die keine Fallpauschale vereinbart wurde.
- d. Der Leistungsanspruch erlischt, sobald der Kranke nicht mehr als Akutpatient gilt.

2. Zusatzpflegeleistungen

1. Alternativmedizin

Der Versicherer leistet gemäss nachfolgendem Anhang einen prozentualen Anteil an den im Anhang aufgelisteten Therapien, sofern diese von einem Arzt oder einer Ärztin mit eidgenössischer Zulassung erbracht werden oder von einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, bestimmte Naturheilpraktikerinnen und Naturheilpraktiker auszuschliessen.

Der Versicherte hat sich vor Beginn einer Therapie darüber zu erkundigen, ob der gewünschte Therapeut vom Versicherer anerkannt ist.

Verzeichnis der Therapien der Alternativmedizin

Naturheilverfahren:

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulotherapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Darmspülung, Elektroakupunktur, Ernährungsberatung, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Irisdiagnose, Lasertherapie, Magnetismus, Magnetotherapie, Mora-Therapie, Sauerstofftherapie, Phytotherapie, Schröpfen, Sympathikotherapie

Manuelle Therapien:

Akupressur, Anthroposophische Medizin, Ätiopathie, autogenes Training, Eurythmie, Fasciatherapie, Kinesiologie, manuelle Lymphdrainage, Massagen, Mesotherapie, Metamorphose, Orthobionomie, Osteopathie, Polarity, Posturale Integration, Reflexologie, Reiki, Rolfing, Shiatsu, Trager, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts

Andere:

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Methode
Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Therapeuten im Lauf der Behandlung bedarf der vorgängigen Bewilligung des Versicherers.

2. Limitierte Arzneimittel

prozentualer Kostenbeitrag an Arzneimittel, die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, mit Ausnahme der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV)

3. Nichtkassenpflichtige Arzneimittel

prozentualer Kostenbeitrag an Arzneimittel, die auf keiner offiziellen Liste stehen (SL, ALT) und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, mit Ausnahme der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV)

4. Badekuren in der Schweiz und im Ausland

Beitrag an Behandlungs- und Pensionskosten bei Badekuren in der Schweiz und im Ausland in vom Versicherer anerkannten Badekuranstalten. Die Leistungen werden vergütet, sofern sie medizinisch erforderlich und vorgängig von einem Arzt verordnet worden sind. Das Gesuch um Kostengutsprache muss zusammen mit der ärztlichen Verordnung spätestens 20 Tage vor Kurantritt an den Versicherer eingereicht werden.

5. Erholungskuren in der Schweiz

Kostenbeitrag an Behandlungs- und Pensionskosten bei Erholungskuren in vom Versicherer anerkannten Schweizer Kuranstalten. Das Gesuch um Kostengutsprache muss zusammen mit der ärztlichen Verordnung spätestens 20 Tage vor Kurantritt an den Versicherer eingereicht werden.

6. Brillen und Kontaktlinsen

Beitrag an Kosten für Korrekturbrillen oder Kontaktlinsen beim Kauf in der Schweiz oder im Ausland, sofern diese durch die obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht vergütet werden.

7. Haushaltshilfe

Auf vorgängiges Gesuch an den Versicherer leistet Letzterer Beiträge an die Kosten für eine medizinisch notwendige Familienhilfe, die im Namen einer anerkannten Einrichtung und anstelle des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten

sind davon ausgenommen (Grossreinemachen usw.).

8. Hilfsmittel

prozentualer Beitrag an die Kosten für Miete und Kauf von ärztlich verordneten orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (Zahnprothesen ausgenommen), gemäss der vom Versicherer erstellten Liste

9. Zahnbehandlungen

prozentualer Beitrag an die Kosten für Zahnbehandlungen, sofern diese von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt oder Zahntechniker durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Die Zahnbehandlungskosten werden zum offiziellen UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).

10. Transportkosten

Kostenbeitrag an krankheits- oder unfallbedingte Transporte bis zum nächstgelegenen Spital oder Arzt, sofern die Transporte medizinisch notwendig sind und durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden.

Der Beitrag wird nur für Transporte mit Ambulanz, Helikopter oder bei Rettungsaktionen geleistet.

Kosten für öffentliche Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport im Rahmen einer ambulanten Behandlung erfolgt und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann

11. Einmaliges Stillgeld

einmaliges Stillgeld, sofern die Wöchnerin ihr Kind mindestens 30 Tagen lang stillt und die Stilldauer vom Arzt oder von der Hebamme bestätigt wird. Bei Mehrlingsgeburten wird für jedes Kind ein Stillgeld ausgerichtet.

3. Vorbeugende Massnahmen

1. Impfungen

prozentualer Beitrag an die Kosten von Impfungen, die durch die Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) nicht vorgesehen, in der Schweiz aber notwendig sind sowie an die Kosten von Impfungen, die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei Auslandsreisen empfohlen werden

2. Gesundheits-Check-up, gynäkologische Untersuchung, Ultraschalluntersuchung, Mammografie

prozentualer Kostenbeitrag an Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, die vom Versicherer anerkannt sind und deren Leistungen nicht über die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen werden

3. Gesundheitsförderung

Kostenbeitrag für gesundheitsfördernde Massnahmen im Bereich Rückenschule und für Kuren zum Tabak- oder Alkoholentzug, sofern der Leistungserbringer bzw. die Kuranstalt vom Versicherer anerkannt ist. Der Kostenbeitrag begrenzt sich auf den in Anhang A genannten Maximalbetrag. Bei mehreren gesundheitsfördernden Massnahmen im selben Kalenderjahr beträgt der maximale Kostenbeitrag Fr. 500.–

4. Kollektive Röntgenuntersuchungen der Lungen

prozentualer Kostenbeitrag für Röntgenaufnahmen der Lungen im Rahmen von kollektiven Präventionsmassnahmen, sofern sie von anerkannten Leistungserbringern ausgeführt werden

4. Groupe Mutuel Assistance

Die von den Interventionsbedingungen vorausgesetzten Leistungen der Groupe Mutuel Assistance (Rücktransport und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 Kilometer ab Wohnort des Versicherten in der Schweiz und im Ausland)

Art. 4 Leistungsanspruch

1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
2. Als Referenz für die Leistungsvergütung gilt das Behandlungsdatum. Kosten, die nach Ende des Leistungsanspruchs anfallen (zeitlich begrenzte Leistungen oder solche mit Betragslimite), können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
3. Im Umfang der in den vorliegenden Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten, sofern die Leistungen von einem Arzt bzw. einer Ärztin oder einer ordnungsgemäss zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden. Die durch diese Bedingungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall dazu genutzt werden, den Selbstbehalt und die ordentliche Franchise der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der anderen Zusatzversicherungen zu decken.

Art. 5 Pflichten des Versicherten

1. Vor jeder Hospitalisierung hat der Versicherte sich zu erkundigen, ob das vorgesehene Spital, die vorgesehene Spitalabteilung oder Klinik zu den vom Versicherer anerkannten Einrichtungen gehört.
2. Vor jeder Behandlung hat der Versicherte sich zu erkundigen, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen will, zu den anerkannten Therapeuten zählt.

Art. 6 Franchise

1. Den Versicherten stehen folgende Möglichkeiten offen:
 - keine Franchise
 - jährliche Franchise von Fr. 50.–
2. Auf die Leistungen der Groupe Mutuel wird keine Franchise erhoben.

Art. 7 Prämie

Erreicht der Versicherte im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, so wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahrs automatisch in die nächsthöhere Altersklasse eingeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- Kinder: 0 bis 18 Jahre
- Erwachsene: 19 bis 25 Jahre
- Vom 26. bis 71. Altersjahr werden die Altersklassen in 5-Jahres-Stufen unterteilt.

Art. 8 Beginn und Ende der Versicherungsdeckung

1. Der Versicherungsvertrag tritt mit dem auf der Police angegebenen Datum in Kraft.
2. Erfüllt der Versicherte die Bedingungen von Art. 2 nicht mehr, so nimmt der Versicherungsvertrag ein Ende. In diesem Fall enden die Versicherungsdeckung und der Leistungsanspruch am Ende des Monats, in dem die erwähnten Bedingungen nicht mehr erfüllt sind.

Art. 9 Bezugstext

Im Zweifelsfall ist die französische Ausgabe dieser Besonderen Bedingungen rechtsgültig.

Anhang A

Leistungstypen

Übernahme

Spitalaufenthalt

Spitalaufenthalt in der Schweiz	allgemeine Abteilung, ganze Schweiz
---------------------------------	-------------------------------------

Ambulante Behandlungen und Kuren

Alternativmedizin	90%/max. Fr. 2'000.– pro Jahr
Limitiert kassenpflichtige Medikamente	90%/max. Fr. 1'500.– pro Jahr
Nichtkassenpflichtige Medikamente	90%/max. Fr. 1'500.– pro Jahr
Badekuren in der Schweiz und im Ausland	Fr. 50.– pro Tag/max. 30 Tage pro Jahr
Erholungskuren in der Schweiz	Fr. 30.– pro Tag/max. 30 Tage pro Jahr
Brillen und Kontaktlinsen	90%/max. Fr. 200.– pro Jahr
Haushaltshilfe	max. Fr. 1'500.– pro Jahr
Hilfsmittel	90%/max. Fr. 400.– pro Jahr
Zahnbehandlungen	50%/max. Fr. 200.– pro Jahr
Transportkosten	max. Fr. 7'500.– pro Jahr

Mutterschaft

Einmaliges Stillgeld	Fr. 100.– pro Kind
----------------------	--------------------

Vorbeugende Massnahmen

Impfungen	90%/max. Fr. 150.– pro Jahr
Gesundheits-Check-up, gynäkologischer Untersuch, Ultraschall, Mammografien	90%/max. Fr. 1'000.– pro Jahr
Gesundheitsförderung: Rückenschule, Leistungen für Tabak- und Alkoholentzug	50%/max. Fr. 200.– pro Jahr
Kollektive Röntgenuntersuchungen der Lungen	100% der Kosten

Groupe Mutuel Assistance

Bei Notfällen in der Schweiz und im Ausland	
---	--