

Zusatzversicherung für besondere Risiken Besondere Versicherungsbedingungen

SR

SRAM01-A4 – Ausgabe 01.09.2010

Inhaltsverzeichnis

Varianten SR 1, SR 2 und SR 3

- Art. 1** Zweck und Gegenstand der Versicherung
- Art. 2** Versicherte Leistungen gemäss erfolgter Vereinbarung
- Art. 3** Übergangsbestimmung für Zahnunfälle, die sich vor dem 1.1.1996 ereignet haben
- Art. 4** Versicherte Leistungen
- Art. 5** Zusatz Ferien und Reisen im Ausland
- Art. 6** Jährliche Leistungssumme
- Art. 7** Kostenbeteiligung
- Art. 8** Prämienanpassung

Varianten SR 2 und SR 3

- Art. 9** Akupunktur, Homöopathie durch einen Arzt
- Art. 10** Hauspflege – Haushaltshilfe

- Art. 11** Selbstständige Psychotherapeuten und Psychologen
- Art. 12** Selbstständige Logopäden und Psychomotoriker
- Art. 13** Osteopathie – Ätiopathie
- Art. 14** Vorsorgemassnahmen
- Art. 15** Alternative Heilverfahren
- Art. 16** Bonus und Förderung der Gesundheitsvorsorge
- Art. 17** Wirtschaftlichkeit der Behandlung
- Art. 18** Parallelbehandlungen
- Art. 19** Freiwillige, ambulante Vasektomie
- Art. 20** Naturheilverfahren
- Art. 21** Säuglingspflege
- Art. 22** Alternative Heilverfahren durch Leistungserbringer, die nach KVG nicht zugelassen, aber vom Versicherer anerkannt sind

Grundlage der nachstehenden Bestimmungen bilden die Allgemeinen Bedingungen für die Krankenzusatzversicherungen (AVZ CV) nach VVG der Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG, Ausgabe vom 1. August 2010.

Varianten SR 1, SR 2 und SR 3

Art. 1 Zweck und Gegenstand der Versicherung

Diese Versicherung bezweckt die Übernahme bei Krankheit, bei Mutterschaft und – sofern keine gegenteilige Vereinbarung getroffen wurde – bei Unfall von bestimmten ambulanten Leistungen, die nicht zur Deckungsgarantie einer Sozialversicherung gehören. Sie darf namentlich in keinem Fall die Selbstbehalte und gesetzlichen oder vertraglichen Franchisen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder der Zusatzversicherungen decken.

Art. 2 Versicherte Leistungen gemäss erfolgter Vereinbarung

- SR 1 – Artikel 1 bis 8
- SR 2 – Artikel 1 bis 18
- SR 3 – Artikel 1 bis 22

Art. 3 Übergangsbestimmung für Zahnunfälle, die sich vor dem 1.1.1996 ereignet haben

Allen Personen, die der Versicherung SR nach Massgabe der bis zum 31.12.1996 geltenden Bestimmungen des Gesetzes über die Krankenversicherung (KUVG) ohne Unterbrechung angehört haben, wird die Deckung der zukünftigen Pflegeleistungen für die Unfälle, die angenommen wurden und dem Versicherer spätestens bis zum 30. Januar 1996 gemeldet wurden, weiterhin zu 90% des Zahnarzt-Tarifs des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) gewährt. Diese Deckung ist auf den 31. Dezember des Jahres befristet, in dem die Minderjährigen und Studenten das 25. Altersjahr erreichen; für die anderen Versicherten beträgt die Limite fünf Jahre ab Unfalldatum. Diese Deckung erfordert eine ununterbrochene Mitgliedschaft in der Versicherung SR.

Art. 4 Versicherte Leistungen

1. Medikamente

Nicht kassenpflichtige Medikamente (die nicht in den vom BAG aufgestellten Listen enthalten sind) werden in den vom Versicherer festgelegten Höchstgrenzen pro Kalenderjahr zu 75% gedeckt, sofern sie von einem nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) zugelassenen Leistungserbringer (Variante SR 1) und auch von einem anderen, vom Versicherer anerkannten Leistungserbringer (Varianten SR 2 und SR 3) verordnet wurden.

Die betreffenden Medikamente müssen bei der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel (IKS) für die zutreffende Indikation registriert sein. Ausgenommen sind die Produkte der Negativen Liste (NL) resp. der Liste der pharmazeutischen Präparate zulasten der Versicherten (LPPV).

2. Pflegeleistungen bei Zahnextraktionen

An Zahnextraktionen (die diesbezüglichen Anästhesien, Röntgenaufnahmen und Nachbehandlungen nach operativen Eingriffen) wird ein von Schwierigkeit und Ort des Eingriffs unabhängiger Beitrag nach besonderem Tarif des Versicherers erbracht.

3. Medizinische Notfalltransporte

Deckung zu 90% bei einem Transport zum nächsten, für die notwendige ärztliche Versorgung geeigneten medizinischen Zentrum (Arzt, Spital, usw.) bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 500.– für die Variante SR 1 und Fr. 2'000.– für die Varianten SR 2 und SR 3, jeweils pro Fall in der Schweiz oder im Ausland; das Gleiche gilt für medizinisch begründete Verlegungstransporte von einem Spital zum anderen (ausschliesslich zwischen Allgemeinspitälern oder psychiatrischen Krankenhäusern), unter Vorbehalt der im Rahmen vertraglicher oder anderer Abmachungen vorgesehenen Verpflichtungen von Dritten.

4. Ärztlich verordnete Brillen – Kontaktlinsen

Beitrag bis Fr. 50.– (Fr. 100.–/Varianten SR 2 und SR 3) pro Kalenderjahr; wird dieser Betrag nicht beansprucht, so kann er während längstens drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren kumuliert werden (verfügbarer Anteil bis Fr. 150.–/Fr. 300.–/Varianten SR 2 und SR 3). Der Anspruch beginnt mit dem 1. Januar des Jahres nach dem Beitritt.

5. Apparate – orthopädische Schuhe und Prothesen nach ärztlicher Verordnung

Übernahme zu 75% (90%/Varianten SR 2 und SR 3) der Anschaffungskosten folgender Produkte:

- orthopädische Apparate und Prothesen nach Tarif des Schweizer Verbandes der Orthopädie-Techniker (SVOT) bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 1'500.– pro Kalenderjahr
- Korrektorschuhe für Kinder bis zum fünften Altersjahr, höchstens ein Paar pro Kalenderjahr (bei Pes adductus oder Metatarsus varus)
- Schuhehöhungen, nach üblichem Tarif, bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 200.– pro Kalenderjahr
- Schuheinlagen, nach üblichem Tarif, bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 200.– pro Kalenderjahr

6. Krückstöcke, Krücken, Rollstühle

Übernahme nach ärztlicher Verordnung zu 75% (90%/Varianten SR 2 und SR 3) der Anschaffungs- oder Mietkosten bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 120.– (Fr. 200.–

Varianten SR 2 und SR 3) pro Fall

7. Ultraschallkontrollen

Übernahme einer weiteren Ultraschallkontrolle pro Schwangerschaft zusätzlich zu derjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG) zum Tarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Art. 5 Zusatz Ferien und Reisen im Ausland

Der Zusatz Ferien und Reisen gilt ausschliesslich für Ferien und Reisen im Ausland. Die Fortsetzung in der Schweiz einer während der Ferien oder der Reise begonnenen Behandlung wird im Rahmen des vom Versicherten abgeschlossenen Vertrags gedeckt.

Es werden die folgenden Leistungen erbracht, sofern sie von der Groupe Mutuel Assistance organisiert oder bewilligt wurden.

Versicherungsleistungen des Versicherers

1. Ambulante Behandlungskosten (Tarifunterschiede im Vergleich zu den kantonalen Verträgen auf den Rechnungen der Ärzte, Chiropraktoren und medizinischen Hilfspersonen sowie auf den Rechnungen für Medikamente und Analysen)
2. Kosten eines notfallmässigen Spitalaufenthaltes in der allgemeinen Abteilung oder in einer anderen von der Groupe Mutuel Assistance medizinisch als geeignet erachteten Abteilung
Diese Leistungen unterstehen nicht der Höchstgrenze gemäss Ziffer 6.

Versicherungsleistungen der Groupe Mutuel Assistance

3. Kosten für behandlungsbedingte Transporte
4. Kosten des Heimtransportes in die Schweiz bei medizinischer Notwendigkeit oder bei Tod des Versicherten
Diese Leistungen unterstehen nicht der Höchstgrenze gemäss Ziffer 6, sondern den Besonderen Bedingungen des risikotragenden Versicherers Groupe Mutuel Assistance.
Ausgeschlossene Leistungen
Die Leistungen des Zusatzes Ferien und Reisen können in folgenden Fällen nicht beansprucht werden:
 - a. wenn der Versicherte aus freiem Willen beschliesst, sich im Ausland pflegen zu lassen, oder sich ins Ausland begibt, um sich dort behandeln zu lassen
 - b. für laufende Behandlungen und für Personen, die im Zeitpunkt der Abreise ins Ausland unter ärztlicher Kontrolle stehen
 - c. für persönliche Auslagen wie Getränke, Telefongespräche, TV-Miete, usw.
 - d. für die Aufenthalts- und Reisekosten von Begleitpersonen und/oder Familienangehörigen

Art. 6 Jährliche Leistungssumme

1. Die aus der Versicherung SR gesamthaft ausgerichteten Leistungen, mit Ausnahme der unter Ziffer 3 und 5 erwähnten, sind auf Fr. 4'000.– für SR 1, Fr. 8'000.– für SR 2 und Fr. 12'000.– für SR 3 pro Kalenderjahr begrenzt. Der Anspruch erneuert sich jeweils auf Jahresbeginn. Die Bestimmungen der nachstehenden Ziffer 6.2 bleiben vorbehalten.

2. Der Versicherte, der die jährliche Leistungssumme gemäss Ziffer 6.1 während zwei aufeinanderfolgenden Jahren vollumfänglich bezogen hat, verliert seinen Leistungsanspruch für die beiden Folgejahre. Die Leistungen gemäss Ziffer 3 werden ihm jedoch weiterhin gewährt.
3. Der Versicherte darf die Erschöpfung der Bezugsberechtigung nicht dadurch aufhalten, dass er vor der Genesung auf Leistungen verzichtet.

Art. 7 Kostenbeteiligung

Der Versicherte hat sich mit mindestens 10%, aber höchstens mit Fr. 1'000.– pro Kalenderjahr an allen verrechneten Kosten der für ihn erbrachten Leistungen zu beteiligen.

Art. 8 Prämienanpassung

Die Prämie des Tarifs für Erwachsene, der in Altersgruppen von je fünf Jahren abgestuft ist, wird nach dem effektiven Lebensalter der versicherten Person angepasst. Von der Altersgruppe 26 – 30 Jahre erhöht sie sich um 5% bei jedem Eintritt in die nächsthöhere Gruppe. Nach Eintritt in die letzte Altersgruppe (ab 61 Jahre) wird die Prämie nicht mehr erhöht.

Varianten SR 2 und SR 3

Art. 9 Akupunktur, Homöopathie durch einen Arzt

Übernahme bis zu 90% der Mehrkosten, die von einem Arzt für seine Behandlung nach dem Heilverfahren der Akupunktur oder der Homöopathie in Rechnung gestellt werden.

Art. 10 Hauspflege – Haushaltshilfe

Übernahme zu 90% bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 300.– pro Woche, während längstens 12 Wochen pro Kalenderjahr, wenn der Gesundheitszustand des Versicherten gemäss der ärztlichen Verordnung die Pflege durch eine Krankenschwester (Nursing) oder die Anwesenheit einer Haushaltshilfe eines anerkannten Dienstes erfordert, dies unter Vorbehalt vertraglicher Abmachungen. Keine Leistungen werden gewährt bei Invalidität oder beeinträchtigenden Krankheiten und wenn sich der Versicherte in einer Heilanstalt, Kuranstalt oder einem Erholungsheim aufhält.

Art. 11 Selbstständige Psychotherapeuten und Psychologen

An die Kosten der von einem nicht ärztlichen, selbstständigen Psychologen oder Psychotherapeuten (SPV/ASP) durchgeführten Behandlung werden folgende Beiträge gewährt:

Fr. 50.– pro Sitzung für die ersten 20 Sitzungen
 Fr. 40.– pro Sitzung ab der 21. Sitzung
 Fr. 30.– pro Sitzung ab der 41. Sitzung,
 aber höchstens für 60 Sitzungen innerhalb von fünf Jahren. Der verordnende Arzt hat dem Vertrauensarzt des Krankenversicherers ein vorgängiges Gesuch einzureichen. Ausgeschlossen sind die Fälle, für welche Schulpsychologen oder

andere, öffentlichen oder privaten Einrichtungen angegliederte Betreuungsorganisationen zuständig sind.

Art. 12 Selbstständige Logopäden und Psychomotoriker

Ein Beitrag bis Fr. 30.– pro Sitzung, auf vorgängiges Gesuch des behandelnden Arztes zuhanden des Vertrauensarztes, an die Kosten der von einem selbstständigen Logopäden oder Psychomotoriker durchgeführten Behandlung.

Art. 13 Osteopathie – Ätiopathie

Ein Beitrag bis Fr. 50.– pro Sitzung an die Kosten der Behandlung, die von einem Arzt oder einer nach KVG zugelassenen Person oder von einem im Schweizerischen Register der Osteopathen eingetragenen Osteopathen oder von einem Ätiopathen Mitglied der Vereinigung Schweizerischer Ätiopathen durchgeführt wird.

Art. 14 Vorsorgemassnahmen

Auf vorgängiges Gesuch an den Vertrauensarzt, Übernahme zu 90% der

- von einem Arzt verordneten Ernährungsberatung durch diplomierte und selbstständige Medizinalpersonen
- Desensibilisierungskuren
- prophylaktischen Impfungen

Der Höchstbetrag für die unter dieser Ziffer erwähnten Leistungen ist auf Fr. 500.– pro Kalenderjahr begrenzt.

Art. 15 Alternative Heilverfahren

Ein Beitrag bis Fr. 50.– pro Sitzung an die Kosten der folgenden Behandlungen:

- Aurikulothérapie und Mesotherapie, die von einem Arzt durchgeführt werden
- Lymphdrainage, die von einem Arzt verordnet und durch einen Physiotherapeuten oder eine Krankenschwester vorgenommen wird
- Reflexzonenmassage, Sophrologie, Entspannung, die von einem Arzt verordnet und durch einen vom Krankenversicherer anerkannten Leistungserbringer vorgenommen werden
- Audiopsychophonologie nach der Methode von Dr. Tomatis, die von einem Arzt verordnet und durch einen vom Krankenversicherer anerkannten Leistungserbringer vorgenommen wird

Vor Beginn der Behandlung muss der Versicherer ausdrücklich eine schriftliche Kostengarantie abgegeben haben.

Der Höchstbetrag für die unter dieser Ziffer erwähnten Leistungen ist auf Fr. 500.– pro Kalenderjahr begrenzt.

Art. 16 Bonus und Förderung der Gesundheitsvorsorge

Werden vom Versicherten während eines Kalenderjahres keine Versicherungsleistungen des Versicherers beansprucht, so gewährt er ihm ab 1. Juli des nachfolgenden Jahres eine frei verfügbare Quote von Fr. 100.– pro Jahr als Beitrag an die Kosten anerkannter Vorsorgemassnahmen wie:

- Check-Up

- Thermalbäder und Massagen
- Rückenschule, prophylaktisches Muskeltraining
- Fitness
- sämtliche vom Versicherer anerkannten Vorsorgemassnahmen

Dieser Betrag kann bis zu Fr. 500.– kumuliert werden. Eine Korrektur des Bonus kann vorgenommen werden, wenn die das Jahr mit Anspruchsberechtigung auf den Bonus betreffenden Rechnungen des Versicherers nach dem 30. Juni des nachfolgenden Jahres eingereicht werden.

Art. 17 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

Die vom Versicherer anerkannten Leistungserbringer haben sich in der Behandlung der Versicherten auf das durch das Interesse des Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass zu beschränken.

Art. 18 Parallelbehandlungen

Parallelbehandlungen können auf Entscheid des Vertrauensarztes des Versicherers limitiert werden, wenn beträchtliche Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht werden.

Varianten SR 3

Art. 19 Freiwillige, ambulante Vasektomie

Übernahme des Eingriffs zu 90% bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 250.– zu den geltenden Tarifen.

Art. 20 Naturheilverfahren

Ein Beitrag bis Fr. 50.– pro Sitzung an die Kosten der Behandlung, die durch einen Arzt oder eine nach KVG zugelassene Person oder einen vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker vorgenommen wird.

Art. 21 Säuglingspflege

Beitrag von 90% bis zu einem Höchstbetrag von Fr. 100.– an die Einschreibegebühren bei einem anerkannten und vom Versicherer zugelassenen Zentrum für Säuglingspflege.

Art. 22 Alternative Heilverfahren durch Leistungserbringer, die nach KVG nicht zugelassen, aber vom Versicherer anerkannt sind

Ein maximaler Beitrag pro Sitzung wird für die folgenden Behandlungen ausgerichtet:

Behandlungen	Fr.	Anzahl Sitzungen pro Jahr
Akupressur	30.–	5
Akupunktur	50.–	10
Alexander-Technik	30.–	10

Anthroposophie durch Arzt	50.–	10
Atemtherapie	30.–	5
Ätiopathie	50.–	10
Audiopsychophonologie	50.–	10
Aurikulotherapie	50.–	10
Backademy	50.–	10
Check-up durch Naturheilpraktiker	50.–	2
Darmbad	100.–	3
Elektroakupunkturtest nach Voll	50.–	2
Entspannung	30.–	5
Eutonie	30.–	10
Fusspflege (nur funktionelle Pflege)	30.–	3
Heileurhythmie	30.–	10
Heilgymnastik	30.–	10
Homöopathie	50.–	10
Iridologie	50.–	3
Kneipp-Therapie	30.–	5
Labortest durch Naturheilpraktiker (Haarmineralanalyse, Bioelektronik nach Vincent, Test Vernes, Aromatogramm, PET, evt. HTU, Analyse des Urins)	50.–	1
Manuelle Lymphdrainage	50.–	10
Mesotherapie durch Arzt	50.–	10
Naturheilpraktik	50.–	10
Osteopathie	50.–	10
Polarity	30.–	10
Reflexzonenmassage	50.–	5
Schröpfen	30.–	3
Shiatsu	30.–	5
Sophrologie	30.–	10
Sympathikotherapie	30.–	6
Tomatis-Therapie		siehe Audiopsychophonologie
Ventouses	30.–	3

Jede weitere vom Versicherer anerkannte Therapie auf vorgängiges Gesuch und gemäss den auf der Kostengutsprache des Versicherers festgelegten Bedingungen.

Die in diesem Artikel enthaltenen Leistungen dürfen den Betrag von Fr. 500.– pro Kalenderjahr nicht übersteigen.