

## **Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung Premium – Version 2024**

SDGA02-D1 – Ausgabe 01.09.2024

### **Inhalt**

<b>Art. 1</b>	Zweck der Versicherung	<b>Art. 6</b>	Listen der Leistungen und Leistungserbringer
<b>Art. 2</b>	Versicherte Risiken	<b>Art. 7</b>	Änderung des Selbstbehalts
<b>Art. 3</b>	Aufnahmebedingung	<b>Art. 8</b>	Prämien
<b>Art. 4</b>	Leistungsanspruch und Einschränkungen	<b>Art. 9</b>	Familienrabatt
<b>Art. 5</b>	Versicherte Leistungen		

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

### **Art. 1 Zweck der Versicherung**

- Die Versicherung Premium bietet den Versicherten spezifische Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nachfolgend OKP) gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) für diagnostische und therapeutische Massnahmen, Medikamente und Hilfsmittel, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.
- Die Versicherung deckt auch bestimmte Präventions- und Verhütungsmassnahmen.

### **Art. 2 Versicherte Risiken**

Die Leistungen werden bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft ausgerichtet.

### **Art. 3 Aufnahmebedingung**

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz kann den Beitritt zur Versicherung Premium beantragen, mit Inkrafttreten spätestens am Tag, an dem der Antragsteller 70 Jahre alt wird.

### **Art. 4 Leistungsanspruch und Einschränkungen**

- Die Leistungen werden nach den Behandlungsdaten angerechnet. Die nach Anspruchsende anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
- Bei Beginn der Versicherungsdeckung im Verlauf des Jahres kann der Versicherer die Höchstbeträge der Kostenübernahme pro Kalenderjahr proportional reduzieren.
- Wenn eine ärztliche Behandlung, eine alternativmedizinische Therapie, eine Kur, ein Medikament oder ein Hilfsmittel medizinisch nicht indiziert sind oder keine therapeutische Verbesserung mehr bewirken, informiert der Versicherer den Versicherten über die Ablehnung, die Kürzung oder die Einstellung der Leistungszahlung.

- Im Umfang der in diesen Besonderen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der OKP nicht gedeckten Kosten, wenn die Leistungen von einem von der OKP anerkannten Arzt oder einer ordnungsgemäss zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden.
- Bei Leistungen für «Erholungs- und Badekuren», «Haushaltshilfe und Unterbringungskosten» muss die versicherte Person vorgängig einen Antrag auf Kostenübernahme beim Versicherer einreichen.
- Die durch die vorliegenden Bedingungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlich vorgegebenen Franchisen und Selbstbehalte in der OKP dienen.
- Die Versicherung deckt jedoch ausländische gesetzliche Kostenbeteiligungen für eine Behandlung ausserhalb der Schweiz, unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens EU und EFTA oder anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen, wenn die Gesetzgebung des betreffenden Landes dies nicht verbietet.
- Bei Mehrfachversicherungen gemäss Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zahlt der Versicherer die Leistungen im Verhältnis zu den abgeschlossenen Versicherungsdeckungen.

## Art. 5 Versicherte Leistungen

Die nachstehend aufgeführten Kostenerstattungsbeträge entsprechen der maximalen Entschädigung des Versicherers für sämtliche in der Spalte «Beschreibung» aufgeführten Leistungen.

	Kostenübernahme	Beschreibung
<b>Limitiert kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Von einem Arzt, einem nach KVG anerkannten Leistungserbringer oder einem vom Versicherer anerkannten alternativmedizinischen Therapeuten verordnete Medikamente, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen werden.</li> <li>– Ausschlüsse: Produkte, die auf der Liste pharmazeutischer Präparate für spezielle Verwendung (LPPV) aufgeführt sind.</li> <li>– Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Therapeuten der Alternativmedizin.</li> </ul>
<b>Beratungskosten für Medikamente aus der Spezialitätenliste, die vom Apotheker ohne Verschreibung abgegeben werden</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kosten für die Beratung durch die vom Versicherer anerkannten Apotheker im Zusammenhang mit den Medikamenten der Listen A und B (Swissmedic-Einstufung), die gemäss Art. 45 der Arzneimittelverordnung (VAM) ohne ärztliche Verschreibung abgegeben werden, und entsprechend der geltenden Tarifvereinbarung, die zwischen dem Versicherer und der Apotheke abgeschlossen wurde.</li> <li>– Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Apotheken.</li> </ul>
<b>Alternativmedizin</b>	80%, max. CHF 5'000 in einem Zeitraum von 3 Jahren, davon max. CHF 500 pro Kalenderjahr für Massagen	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Medizinisch notwendige Therapien, die vom Versicherer anerkannt sind und von einem diplomierten Arzt oder einem alternativmedizinischen Therapeuten durchgeführt werden, der vom Versicherer für die jeweilige Therapie anerkannt ist.</li> <li>– Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Therapien und Therapeuten und behält sich das Recht vor, bestimmte Therapien und/oder Therapeuten jederzeit auszuschliessen.</li> <li>– Es besteht kein Anspruch auf Leistungen für Sitzungen, die zwischen Familienmitgliedern durchgeführt werden.</li> <li>– Der Zeitraum von 3 Jahren für die maximale Kostenübernahme von CHF 5'000 beginnt mit Inkrafttreten des Vertrags.</li> </ul>
<b>Erholungs- und Badekuren</b>	90%, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kosten für die Behandlung und Unterkunft bei Erholungskuren in der Schweiz, wenn die Kur in einer vom Versicherer anerkannten Kureinrichtung und nach einem Spitalaufenthalt verordnet wurde</li> <li>– Behandlungs- und Unterkunftskosten bei einer Badekur in anerkannten Kureinrichtungen gemäss KLV (Verordnung über Leistungen in der OKP)</li> <li>– Die Leistungen werden gewährt, wenn sie von einem nach KVG anerkannten Arzt verordnet werden.</li> <li>– Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen.</li> <li>– Vor Kurantritt muss ein Antrag auf Kostenübernahme und die ärztliche Kurverordnung beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls könnte die versicherte Person den Leistungsanspruch verlieren.</li> </ul>
<b>Brillen, Kontaktlinsen oder refraktive Chirurgie</b>	Brillen und Kontaktlinsen <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kinder bis 18 Jahre, CHF 150 pro Jahr</li> <li>– Erwachsene ab 19 Jahren, CHF 500 alle 3 Jahre</li> </ul> Refraktive Chirurgie <ul style="list-style-type: none"> <li>– Beteiligung von 90%, max. CHF 800 für die gesamte Vertragsdauer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Der für den Kauf von Brillen und Kontaktlinsen vorgesehene Betrag, die nicht von der OKP übernommen werden.</li> <li>– Die Beteiligung an den Kosten für refraktive Chirurgie wird zusätzlich zu den Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen übernommen.</li> </ul>
<b>Hilfsmittel</b>	90%, max. CHF 5'000 pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kosten für die Miete und den Kauf von medizinisch verordneten orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (ausgenommen Zahnprothesen) gemäss der Liste des Versicherers</li> </ul>
<b>Mammografien und Ultraschalluntersuchungen</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mammografien und Ultraschalluntersuchungen, die nicht von der OKP übernommen werden</li> </ul>
<b>Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, die nicht von der OKP übernommen werden</li> </ul>
<b>Impfungen</b>	90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kosten für Impfungen, die nicht von der OKP gedeckt sind, sowie für Impfungen, die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei Auslandsreisen empfohlen werden und von Swissmedic anerkannt sind.</li> <li>– Der Versicherer übernimmt die Kosten für Impfungen, die von einem von der OKP anerkannten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Apotheker durchgeführt werden.</li> <li>– Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Apotheken.</li> </ul>

	Kostenübernahme	Beschreibung
<b>HIV-Vorsorgetest</b>	90%	– Kosten für HIV-Vorsorgetests, wenn sie von nach KVG anerkannten Leistungserbringern verschrieben und durchgeführt werden
<b>Gesundheitscheck</b>	Ein Gesundheitscheck alle 3 Jahre, 90%, max. CHF 1'800	– Kosten für Gesundheitschecks, die von einem Arzt durchgeführt werden. – Der Gesundheitscheck umfasst: – eine Konsultation mit einer längeren Untersuchung (Grösse, Gewicht, Blutdruck, Gesundheitsberatung und -förderung) – ein Ruhe- und Belastungs-Elektrokardiogramm – eine Röntgenaufnahme des Brustkorbs – einen Urinstatus – hämatologische und chemische Analysen sowie Glukose- und Cholesterin-Analysen – eine Hautuntersuchung.
<b>Zweitmeinung</b>	90%	– Kosten einer von einem Arzt erbrachten medizinischen Zweitmeinung vor einem Spitalaufenthalt. Der Begriff «Zweitmeinung» muss auf der Honorarrechnung vermerkt sein.
<b>Upgrade für mehr Spitalcomfort, Kosten für die Unterbringung im Hotel, Transportkosten oder Parkgebühren bei ambulanten chirurgischen Eingriffen</b>	CHF 300 pro Kalenderjahr	– Wenn der Versicherte sich einem ambulanten chirurgischen Eingriff unterzieht, übernimmt der Versicherer folgende Kosten: – Upgrade, das von der Einrichtung, in der der ambulante chirurgische Eingriff stattfindet, in Rechnung gestellt wird – Unterbringung des Versicherten und seiner Begleitpersonen in einer Spital Einrichtung oder einem Hotel für die Nacht direkt vor und/oder nach der Behandlung – Transport des Versicherten zwischen seinem Wohnort und dem betreffenden Leistungserbringer (Hin- und Rückweg in öffentlichen Verkehrsmitteln oder im Taxi) – Parkgebühren.
<b>Transport-, Such- und Rettungskosten</b>	90% (Transporte) 90%, max. CHF 100'000 pro Kalenderjahr (Suche und Rettung)	– Bis zur nächstgelegenen Spital Einrichtung oder zum nächsten Arzt, sofern diese Transporte medizinisch notwendig sind – Dieser Betrag wird nur bei einem Transport mit der Ambulanz oder dem Helikopter oder bei einer Such- und Rettungsaktion gewährt. – Die für eine ambulante Behandlung notwendigen Transportkosten (öffentlich oder privat) werden bis zur Höhe der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel übernommen, wenn sie im Hinblick auf die Nebenwirkungen der Behandlung gerechtfertigt sind oder dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.
<b>Psychotherapie</b>	90%, max. CHF 1'000 pro Kalenderjahr	– Kosten für nicht von der OKP übernommene Behandlungen, die von nichtärztlichen Psychotherapeuten und unabhängigen Psychologen durchgeführt werden, die Mitglieder eines vom Versicherer anerkannten Verbands sind. – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Verbände.
<b>Betreuung von kranken Kindern zuhause</b>	90%, max. CHF 300 pro Kalenderjahr	– Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr: Übernahme der Kosten für die Betreuung durch das Rote Kreuz oder eine offizielle Institution mit dem gleichen Auftrag, wenn die Eltern einer beruflichen Tätigkeit ausserhalb des Wohnorts nachgehen
<b>Haushaltshilfe und Unterbringungskosten</b>	90%, max. CHF 2'500 pro Kalenderjahr	– Kosten, die durch die medizinisch notwendige Anstellung einer Haushaltshilfe entstehen, die diese Tätigkeit beruflich auf eigene Rechnung oder auf Rechnung eines Unternehmens oder einer Organisation ausübt und in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt, dies nach einem Spitalaufenthalt infolge einer Krankheit oder eines Unfalls (Mutterschaft ausgeschlossen). Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grundreinigung etc.). – Kosten für die vorübergehende Unterbringung von Familienmitgliedern, die im gleichen Haushalt wohnen wie der Versicherte und aus Alters- oder Gesundheitsgründen von ihm abhängig sind, während der Versicherte aus medizinischen Gründen hospitalisiert werden muss. Die vorübergehende Unterbringung von Familienmitgliedern muss bei einer amtlichen Stelle erfolgen (temporäre Betreuungsstelle, Kinderkrippe, Kindertagesstätte oder Tages- und/oder Nachtstätte). – Bei Spitalaufenthalt eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 14. Lebensjahr: Übernahme der Kosten eines zusätzlichen Spitalbetts für ein Familienmitglied. – Der Versicherte ist verpflichtet, vorab die Zustimmung des Versicherers einzuholen.
<b>Verpflegung zuhause nach einem Spitalaufenthalt oder einem ambulanten chirurgischen Eingriff</b>	CHF 20 pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	– Übernahme der Kosten für Mahlzeiten zuhause, die von professionellen Einrichtungen, Unternehmen oder Institutionen auf medizinische Verschreibung bereitgestellt werden.
<b>Empfängnisverhütung und freiwillige Sterilisation</b>	90%, max. CHF 500 pro Kalenderjahr	– Übernahme der Kosten für Verhütungsmassnahmen, die den Eingriff eines Arztes erfordern (Verhütungsimplantat, Spirale, Gestagene zur Verschiebung der Menstruation) oder die ursprünglich Gegenstand einer medizinischen Verordnung sind (Antibabypille, Vaginalring, Verhütungspflaster). – Übernahme der Kosten für den Eingriff bei einer Sterilisation.

	Kostenübernahme	Beschreibung
<b>Zahnbehandlungen</b>	<p>Zahnpflege 75%, max. CHF 500 pro Kalenderjahr</p> <p>Kieferorthopädie für Versicherte bis 18 Jahre: 75%, max. CHF 3'000 pro Kalenderjahr</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Folgende Kosten werden übernommen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- zahnärztliche Behandlungen, die von einem diplomierten Zahnarzt erbracht werden</li> <li>- jährliche prophylaktische Zahnkontrolle</li> <li>- Kronen, Brücken und Prothesen</li> <li>- Laborkosten</li> </ul> </li> <li>- Für Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr umfasst der Versicherungsschutz auch kieferorthopädische Behandlungen.</li> <li>- Für zahnärztliche Behandlungen infolge eines Unfalls, der sich nach dem Inkrafttreten der Versicherung ereignet, besteht sofortiger Leistungsanspruch.</li> <li>- Die Leistungen für zahnärztliche Prothetik (Zahnersatz, Einsetzen von Zahnkronen, Stützähnen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen u. a.) werden bei einem Unfall nach Inkrafttreten der Versicherung sofort gewährt. In allen anderen Fällen werden diese Leistungen frühestens nach einer Karenzzeit von 12 Monaten übernommen.</li> <li>- Für alle anderen Zahnbehandlungen (inkl. Kieferorthopädie) werden die Versicherungsleistungen frühestens nach drei Monaten Mitgliedschaft ausgerichtet.</li> <li>- Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen. Der mögliche Aufschlag darf 50 Prozent nicht überschreiten.</li> </ul>
<b>Prävention und Sportaktivität</b>	<p>50%, max. CHF 500 pro Kalenderjahr (Prävention)</p> <p>90%, max. CHF 200 pro Kalenderjahr (Sportliche Aktivitäten und Sport-Abos)</p> <p>Max. CHF 500 pro Kalenderjahr für die Leistungen unter «Prävention und Sportaktivität»</p>	<p>Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Übernahme der Kosten für folgende Massnahmen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rückenschule</li> <li>- Fitness-Abo und -Kurse</li> <li>- Entziehungskuren</li> </ul> </li> <li>- Der Versicherer führt eine Liste mit anerkannten Fitnesskursen und Formen von Entziehungskuren.</li> <li>- Für Fitness-Abos führt der Versicherer eine Liste der anerkannten Labels.</li> </ul> <p>Sportliche Aktivitäten und Sport-Abos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Übernahme der Kosten für jährliche Sportabonnemente (Fitness-Abos und -Kurse ausgeschlossen) und Aktivmitgliedsbeiträge für einen Sportclub oder -verein gemäss der vom Versicherer erstellten Liste der Sportaktivitäten und -abonnemente.</li> </ul> <p>Beim Fitness, bei Abonnements und Sportbeiträgen, deren Gültigkeit sich nicht über ein Kalenderjahr erstreckt, wird der versicherte Höchstbetrag anteilig gekürzt.</p>
<b>Groupe Mutuel Assistance</b>	Gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übernahme der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance vorgesehenen Leistungen (Repatriierung und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 Kilometern ab Wohnort des Versicherten)</li> </ul>

## **Art. 6 Listen der Leistungen und Leistungserbringer**

1. Die in diesen Besonderen Versicherungsbedingungen genannten Listen (z. B. Liste der anerkannten alternativmedizinischen Therapeuten oder der versicherten Präventionsmassnahmen) sind auf der Internetseite des Versicherers verfügbar oder werden der versicherten Person auf Anfrage zugestellt.
2. Es sind die Listen massgebend, die zum Zeitpunkt der Behandlung oder der Inanspruchnahme einer Leistung gültig sind.
3. Diese Listen können jederzeit vom Versicherer geändert werden. Bei einer Anpassung der Liste steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu.

## **Art. 7 Änderung des Selbstbehalts**

1. Der Versicherer kann den Selbstbehalt für die Übernahme von alternativmedizinischen Leistungen gemäss Art. 36 AVZ jährlich anpassen, wenn die Zahl der Leistungserbringer wesentlich erweitert oder in erheblichem Umfang neue Kategorien von Leistungserbringern eingeführt werden.
2. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor Ablauf der Versicherungsperiode über die neuen Bestimmungen des Vertrags zu informieren.
3. Bei Erhöhung des Selbstbehalts hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag auf das Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen, unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt der Police oder der Mitteilung der Erhöhung. Die Kündigung muss innert dieser Frist beim Versicherer eingehen. Falls der Versicherungsnehmer den Vertrag nicht kündigt, gilt dies als Zustimmung zu den Anpassungen des Selbstbehalts.

## **Art. 8 Prämien**

1. Erreicht ein Versicherter im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse, wird er zu Beginn des folgenden Kalenderjahres automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:
  - 0 bis 15 Jahre
  - 16 bis 18 Jahre
  - 19 bis 25 Jahre
  - ab dem 26. bis zum 85. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
2. Eine Änderung der Altersklasse führt grundsätzlich zu einer automatischen Erhöhung der Prämie.

## **Art. 9 Familienrabatt**

1. Auf die Prämie für Kinder bis 18 Jahre kann ein Familienrabatt gewährt werden, wenn mindestens ein Elternteil und das Kind selbst die Versicherung Premium abgeschlossen haben (Ausgabe 01.09.2024).
2. Der Familienrabatt entfällt, sobald die in Abs. 1 genannten Anspruchsbedingungen nicht mehr erfüllt sind.
3. In Anwendung von Art. 26a Abs. 2 Bst. d der AVZ kann der Versicherer den Familienrabatt jederzeit mit Wirkung spätestens zum Ende des laufenden Kalenderjahres ändern oder aufheben.