

Besondere Bedingungen der Heilungskosten-Zusatzversicherung

SCGA01-A7 – Ausgabe 01.07.2000

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Aufnahmebedingungen	Art. 5	Pflegeleistungen
Art. 2	Versicherbare jährliche Beträge	Art. 6	Umfang der Leistungen
Art. 3	Leistungsanspruch	Art. 7	Prämien
Art. 4	Überhöhte Honorarforderungen und Rechnungen	Art. 8	Franchise

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

Art. 1 Aufnahmebedingungen

Alle Personen können der Heilungskosten-Zusatzversicherung ohne Altersbegrenzung beitreten.

Art. 2 Versicherbare jährliche Beträge

Der Versicherer gewährleistet die in den vorliegenden Versicherungsbedingungen vorgesehenen Leistungen bis zu den folgenden jährlichen Beträgen:

- Deckung pro Kalenderjahr: Fr. 8'000.– SC1
- Deckung pro Kalenderjahr: Fr. 10'000.– SC2
- Deckung pro Kalenderjahr: Fr. 15'000.– SC3
- Deckung pro Kalenderjahr: Fr. 20'000.– SC4

Art. 3 Leistungsanspruch

- Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
- Die Versicherungsleistungen werden ergänzend zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht.
- Die Leistungen werden auf den pro Kalenderjahr versicherten Betrag angerechnet. Die Ansprüche des Versicherten, der sein Kapital ausgeschöpft hat, erneuern sich am 1. Januar des Folgejahrs. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
- Treffen die von der Versicherung Vitalis (SP), der Zahnpflegeversicherung (DP) und der Zahnpflegeversicherung (TD) erbrachten Leistungen mit denjenigen der Heilungskosten-Zusatzversicherungen SC und SB zusammen, so werden die Leistungen dieser Versicherung erst nach denjenigen der Zusatzversicherungen SP, DP und TD erbracht.

Art. 4 Überhöhte Honorarforderungen und Rechnungen

Der Versicherer behält sich das Recht vor, offensichtlich überhöhte Honorarforderungen und weitere Rechnungen zu beanstanden und seine Leistungen zu beschränken. Als überhöht gelten Leistungen, die aus einer unwirksamen, unzweckmässigen und unwirtschaftlichen Behandlung hervorgehen.

Art. 5 Pflegeleistungen

- Im Rahmen der vorliegenden Versicherungsbedingungen vergütet der Versicherer jene Kosten, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, sofern die erbrachten Leistungen durch einen Arzt oder eine ordnungsgemäss zugelassene und vom Versicherer anerkannte Person vorgenommen werden. Die durch die vorliegenden Bestimmungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall der Deckung der gesetzlich vorgeschriebenen Selbstbehalte und Franchisen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den Zusatzversicherungen dienen.
- Der Versicherer erbringt die folgenden Leistungen im Umfang von Artikel 6 (vgl. Tabelle):
 - Limitierte Arzneimittel (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, mit Ausnahme der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV)
 - Nicht kassenpflichtige Arzneimittel (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, 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)

3. Komplementärmedizin (SC2, SC3 und SC4)
Der Versicherer übernimmt die folgenden Therapien, sofern sie von einem eidgenössisch diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt werden.

Der Versicherer behält sich das Recht vor, gewisse Naturheilpraktiker auszuschliessen. Der Versicherer stellt den Versicherten ein Verzeichnis der Praktiker, deren Leistungen vom Versicherer vergütet werden, zur Verfügung.

Der Versicherte muss sich vor jeder Behandlung informieren, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen wird, zu den anerkannten Praktikern gehört.

Verzeichnis der Therapien der Komplementärmedizin Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulothérapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydrotherapie, Ernährungsberatung, Elektroakupunktur, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnetismus, Magnettherapie, Moratherapie, Phytotherapie, Sauerstofftherapie, Schröpfen, Sympathikotherapie

Manuelle Therapien

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

Psychotherapie

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Methode

- Jeder freiwillige Wechsel der Therapieform oder des Therapeuten während der Behandlung bedarf der vorgängigen Bewilligung des Versicherers.
 - Die Leistungen im Bereich der Sophrologie werden vergütet, sofern die Behandlungen von einem Arzt, von einem ärztlichen, SSV-diplomierten Sophrologen oder von einem nicht ärztlichen, aber SSV-diplomierten Sophrologen durchgeführt werden.
4. Osteopathie (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Den vorgesehenen Kostenanteil für Behandlungen, die von einem vom Versicherer anerkannten Therapeuten durchgeführt werden
5. Akupunktur, Homöopathie, Elektroakupunktur, Sophrologie (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Den vorgesehenen Kostenanteil für Behandlungen, die von einem vom Versicherer anerkannten Therapeuten durchgeführt und im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
6. Badekuren in der Schweiz (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Einen Beitrag an die Behandlungskosten bei Badekuren sowie einen Kostenbeitrag an Erholungskuren in anerkannten Kuranstalten, höchstens jedoch während 30 Tagen pro Kalenderjahr
Ein Bewilligungsgesuch mit der ärztlichen Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.

7. Badekuren im Ausland (SC3 und SC4)
Beteiligung an den Kosten von Badekuren im Ausland, die medizinisch notwendig sind und vom Versicherer im Voraus bewilligt worden sind. Das Bewilligungsgesuch mit der ärztlichen Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.
8. Tarifzuschläge (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Bei ambulanten Behandlungen in der Schweiz wird die Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten anwendbaren Tarif und dem am Wohnort des Leistungserbringers geltenden Tarif gedeckt.
9. Entschädigung für persönliche Unkosten bei einem Spitalaufenthalt (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Eine einmalige Pauschalentschädigung pro Spitalaufenthalt von mehr als acht Tagen bei Einreichung eines Rechnungsbelegs
10. Rooming-in (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten der Belegung eines Spitalbetts durch einen Familienangehörigen, sofern diese Massnahme medizinisch begründet ist.
11. Haushaltshilfe und Unterbringungskosten (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Auf vorgängiges Gesuch an den Versicherer werden die folgenden Kosten zurückerstattet:
- Die Kosten für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die für eine amtliche Stelle in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten werden nicht vergütet (Grossreinemachen usw.).
 - Die Kosten für eine vorübergehende Unterbringung von Familienangehörigen, die mit dem Versicherten in gemeinsamem Haushalt leben, wenn Letzterer aus medizinischen Gründen in ein Spital eingewiesen werden muss. Die vorübergehende Unterbringung der Familienangehörigen muss bei einer offiziellen Institution erfolgen.
12. Brillen und Kontaktlinsen (SC2, SC3 und SC4)
Den vorgesehenen Betrag der Kosten für den Kauf von medizinischen Brillen oder Kontaktlinsen in der Schweiz oder im Ausland, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
13. Hilfsmittel (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Die Kosten für die Miete und den Kauf von ärztlich angeordneten orthopädischen Apparaten und Hilfsmitteln (Zahnprothesen ausgenommen) werden gemäss der vom Versicherer erstellten Liste übernommen.
14. Geburtsvorbereitung in Kursen (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Den vorgesehenen Beitrag an die Kurskosten für Schwangerschaftsgymnastik oder Geburtsvorbereitung, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
15. Einmaliges Stillgeld (SC1, SC2, SC3 und SC4)
Ein Stillgeld, sofern die Wöchnerin ihr Kind während mindestens 30 Tagen stillt und die Stilldauer vom Arzt oder von der Hebamme bestätigt wird. Bei Mehrlingsgeburten wird das Stillgeld für jedes Kind ausgerichtet.
16. Ultraschallkontrollen und Mammographien (SC1, SC2, SC3 und SC4)

Den vorgesehenen Betrag für Ultraschallkontrollen und Mammographien, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden

17. Impfungen (SC1, SC2, SC3 und SC4)

Die Kosten der Impfungen, die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung nicht enthalten und in der Schweiz notwendig sind, sowie die Kosten der bei einer Wegreise ins Ausland angeordneten Schutzimpfungen

18. Elisa- oder HIV-Test (SC1, SC2, SC3 und SC4)

Der Versicherer gewährt einen jährlichen Kostenbeitrag an Vorsorgetests, sofern diese auf ärztliche Verordnung hin von anerkannten Leistungserbringern durchgeführt werden.

19. Freiwillige Sterilisation (SC1, SC2, SC3 und SC4)

Den vorgesehenen Kostenanteil für den Eingriff

20. Unfallbedingte Zahnbehandlungen (SC1, SC2, SC3 und SC4)

Den vorgesehenen Betrag für die Zahnbehandlungen, die durch einen eidgenössisch diplomierten Zahnarzt durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden. Die zahnärztlichen Behandlungskosten werden nach dem offiziellen UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).

21. Krankheitsbedingte Zahnpflege (SC2, SC3 und SC4)

Den vorgesehenen Betrag für die Zahnpflege, die durch einen eidgenössisch diplomierten Zahnarzt durchgeführt und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen wird. Die Zahnpflegekosten werden nach dem offiziellen UVG-Tarif vergütet (Nomenklatur und Taxpunktwert).

22. Transportkosten (SC1, SC2, SC3 und SC4)

Der Versicherer gewährt einen Kostenbeitrag an Transporte nach einer Krankheit oder einem gedeckten Unfall bis zur nächstgelegenen Heilanstalt oder zum nächsten Arzt, sofern diese medizinisch notwendig sind und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden.

Dieser Beitrag wird nur für Transporte mit Ambulanz, Helikopter oder bei Such- und Rettungsaktionen erbracht.

Die Kosten der öffentlichen Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport aufgrund einer ambulanten Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.

23. Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen (SC1, SC2, SC3 und SC4)

Der Versicherer übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete medizinische Behandlungen, die von nicht ärztlichen Psychotherapeuten und selbstständigen Psychologen durchgeführt werden. Diese Leistungen sind hinfällig, sobald sie von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

24. Groupe Mutuel Assistance

(SC1, SC2, SC3 und SC4)

Die im Groupe Mutuel-Service-Programm vorgesehenen Leistungen (Repatriierung und Transport, sofern sich der Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 km ab Wohnort des Versicherten ereignet)

Art. 6 Umfang der Leistungen

Die in Artikel 5 aufgeführten Leistungen werden im Umfang und bis zu den auf der beigelegten Tabelle angegebenen Beträgen ausgerichtet.

Art. 7 Prämien

1. Der Versicherte, der im Jahresverlauf die maximale Altersgrenze für seine Altersklasse erreicht, wird automatisch am Anfang des darauffolgenden Kalenderjahrs in die höhere Altersklasse transferiert. Die massgebenden Altersklassen sind:

- Kinder: 0–18 Jahre
- Erwachsene: 19–25 Jahre
- ab dem 26. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

2. Der Prämientarif berücksichtigt ebenfalls das Eintrittsalter in die Versicherung.

Art. 8 Franchise

1. Die Versicherten haben die Möglichkeit, folgende Varianten zu wählen:

- ohne Jahresfranchise
- Jahresfranchise von Fr. 50.–

2. Auf den Leistungen der Groupe Mutuel Assistance wird keine Franchise erhoben.

Art der Leistung	1	2	3	4
Limitiert kassenpflichtige Medikamente	90% max. Fr. 600.–/Kalenderjahr	90%, max. Fr. 800.–/Kalenderjahr	90% der Kosten	90% der Kosten
Nicht kassenpflichtige Medikamente	90% max. Fr. 600.–/Kalenderjahr	90%, max. Fr. 800.–/Kalenderjahr	90% der Kosten	90% der Kosten
Komplementärmedizin	keine Leistung	Fr. 70.– max./Sitzung bis Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	Fr. 70.– max./Sitzung bis Fr. 3'000.–/Kalenderjahr	Fr. 70.– max./Sitzung bis Fr. 4'000.–/Kalenderjahr
Osteopathie, Sophrologie, Akupunktur, Homöopathie, Elektroakupunktur	keine Leistung	Fr. 70.– max./Sitzung bis Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	Fr. 70.– max./Sitzung bis Fr. 3'000.–/Kalenderjahr	Fr. 70.– max./Sitzung bis Fr. 4'000.–/Kalenderjahr
Badekuren in der Schweiz	50% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr	60%, max. Fr. 300.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 750.–/Kalenderjahr
Erholungskuren	Fr. 15.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 20.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 25.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 25.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Erholungskuren nach Spitalaufenthalt	Fr. 30.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 40.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Tag, max. 30 Tage/Kalenderjahr
Badekuren im Ausland	keine Leistung	keine Leistung	50% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
Tarifzuschläge	Fr. 500.–/Kalenderjahr	Fr. 600.–/Kalenderjahr	Fr. 800.–/Kalenderjahr	Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
Entschädigung der persönlichen Unkosten bei Spitalaufenthalt	Fr. 100.–/Fall	Fr. 100.–/Fall	Fr. 200.–/Fall	Fr. 200.–/Fall
Rooming-in	Fr. 400.–/Kalenderjahr	Fr. 500.–/Kalenderjahr	Fr. 600.–/Kalenderjahr	Fr. 700.–/Kalenderjahr
Hauptpflege und Unterbringungskosten	Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	Fr. 1'500.–/Kalenderjahr	Fr. 2'500.–/Kalenderjahr	Fr. 3'000.–/Kalenderjahr
Brillen und Kontaktlinsen	keine Leistung	Fr. 100.– alle 3 Jahre	Fr. 150.– alle 3 Jahre	Fr. 200.– alle 3 Jahre
Hilfsmittel	90%, max. Fr. 200.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 1'500.–/Kalenderjahr
Geburtsvorbereitungskurse	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft
Einmaliges Stillgeld	Fr. 100.–/Kind	Fr. 100.–/Kind	Fr. 100.–/Kind	Fr. 100.–/Kind
Ultraschall und Mammographie	90% der Kosten	90% der Kosten	90% der Kosten	90% der Kosten
Impfungen	90%, max. Fr. 100.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 150.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 200.–/Kalenderjahr	90% max. Fr. 250.–/Kalenderjahr
Elisa- oder HIV-Test	Fr. 50.–/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Kalenderjahr
Freiwillige Sterilisation	80%, max. Fr. 200.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 300.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 400.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr
Unfallbedingte Zahnbehandlungskosten	80%, max. Fr. 3'000.–/Fall	80% max. Fr. 4'000.–/Fall	80% max. Fr. 6'000.–/Fall	80% max. Fr. 8'000.–/Fall
Krankheitsbedingte Zahnbehandlungskosten	keine Leistung	80% max. Fr. 100.– alle 3 Jahre	80% max. Fr. 150.– alle 3 Jahre	80% max. Fr. 200.– alle 3 Jahre
Transportkosten	50% max. Fr. 500.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 2'500.–/Kalenderjahr	80% max. Fr. 5'000.–/Kalenderjahr
Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen	Fr. 500.–/Kalenderjahr	Fr. 600.–/Kalenderjahr	Fr. 700.–/Kalenderjahr	Fr. 800.–/Kalenderjahr
Kapital / Kalenderjahr	Fr. 8'000.–	Fr. 10'000.–	Fr. 15'000.–	Fr. 20'000.–
Groupe Mutuel Assistance	Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland	Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland	Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland	Unterstützung, Betreuung und Repatriierung bei medizinischen Notfällen auf Reisen und im Ausland