

## Besondere Bedingungen der Heilungskosten-Zusatzversicherung

**SC**

SCAM01-A5 – Ausgabe 01.09.2010

### Inhaltsverzeichnis

<b>Art. 1</b>	Aufnahmebedingungen	<b>Art. 5</b>	Pflegeleistungen
<b>Art. 2</b>	Versicherbare jährliche Leistungssummen	<b>Art. 6</b>	Umfang der Leistungen
<b>Art. 3</b>	Leistungsanspruch	<b>Art. 7</b>	Prämien
<b>Art. 4</b>	Überhöhte Honorarforderungen und Rechnungen	<b>Art. 8</b>	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 Leistungssummen

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 aus dieser Versicherung gewährten Leistungen werden ergänzend zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht.
- Die Leistungen werden auf die pro Kalenderjahr versicherte Leistungssumme angerechnet. Die Ansprüche des Versicherten, der sein Kapital ausgeschöpft hat, erneuern sich am 1. Januar des Folgejahres. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
- Insoweit als die von der Spezialpflegeversicherung (SP), der Zahnpflegeversicherung (DP) und der Zahnpflegeversicherung (TD) erbrachten Leistungen mit denjenigen der Heilungskosten-Zusatzversicherungen SC und SB in Konkurrenz stehen, werden die Leistungen der Letzteren 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.

### 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, dies im Umfang von Artikel 6 (siehe Tabelle):
  - Limitierte Arzneimittel (SC 1, SC2, SC3 und SC4)  
Den vorgesehenen Prozentsatz der Kosten, die aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, jedoch mit Ausnahme der Medikamente der Liste der pharmazeutischen Präparate zulasten der Versicherten (LPPV)
  - Nicht kassenpflichtige Arzneimittel (SC1, SC2, SC3 und SC4)  
Den vorgesehenen Kostenanteil für Arzneimittel, die in keiner amtlichen Liste (SL – ALT) enthalten sind und im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, jedoch mit Ausnahme der Medikamente der LPPV

3. Alternativmedizin (SC2, SC3 und SC4)

Der Versicherer übernimmt die folgenden Therapien, sofern sie von einem eidgenössisch diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker und Mitglied einer der folgenden Vereinigungen durchgeführt werden:

- Naturärzte-Vereinigung der Schweiz (APTN/NVS/ATN)
- Association romande des thérapeutes (ART)
- Gesellschaft Schweizerischer Naturärzte (GSN)
- Assurance santé conseils assistance (ASCA)
- Vereinigung Schweizerischer Ätiopathen (ASE)
- Fédération des praticiens de santé en naturopathie (FSPN)
- Schweizerisches Osteopathenverzeichnis (RSO)

Der Versicherer behält sich das Recht vor, gewisse von den obenerwähnten Gesellschaften zugelassene Naturheilpraktiker auszuschliessen. Der Versicherer hält ein Verzeichnis der Praktiker, deren Leistungen vom Versicherer nicht vergütet werden, zur Verfügung der Versicherten.

**Verzeichnis der Therapien der Alternativmedizin**  
Naturheilverfahren:

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulotherapie, Biotherapie, Elektroakupunktur, Farbtherapie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnettherapie, Mora-Therapie, Phytotherapie, Sauerstofftherapie, Schröpfen, Sympathikotherapie

Manuelle Therapien:

Akupressur, anthroposophische Medizin, Ätiopathie, autogenes Training, Haltungstherapie, Kinesiologie, manuelle Lymphdrainage, Massagen, Mesotherapie, Orthobionomy, Osteopathie, Polarität, Reflexzonenmassage, Reiki, Rolfing, Shiatsu, Wiederherstellung des energetischen Gleichgewichts

Psychotherapie

Biodynamik, Sophrologie, Tomatis-Methode

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

8. Tarifizuschläge (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. Die Übernahme ist auf die im nachfolgenden Artikel 6 vorgesehenen Leistungssummen beschränkt.

9. Entschädigung für persönliche Unkosten bei einem Spitalaufenthalt (SC1, SC2, SC3 und SC4)

Eine einmalige Pauschalentschädigung pro Spitalaufenthalt von mehr als acht Tagen

10. Rooming-in (SC1, SC2, SC3 und SC4)

Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten der Belegung eines Spitalbettes 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 der Letztere aus medizinischen Gründen in ein Spital eingewiesen werden muss. Die vorübergehende Unterbringung der Familienangehörigen muss bei einer offiziellen Institution erfolgen.

12. Orthoptik (SC 1, SC2, SC3 und SC4)

Den vorgesehenen Prozentsatz der Behandlungskosten gemäss IV-Tarif

13. 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

14. Orthopädische Apparate und Prothesen (SC1, SC2, SC3 und SC4)

Die Kosten für die Miete und den Kauf von ärztlich angeordneten orthopädischen Apparaten und Hilfsmitteln (Zahnprothesen ausgenommen). Für die Rückerstattung der Kosten ist die vom Versicherer erstellte Liste massgebend.

15. 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

16. 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.
17. Ultraschallkontrollen (SC1, SC2, SC3 und SC4)  
Den vorgesehenen Betrag für die Ultraschallkontrollen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
18. 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
19. 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.
20. Freiwillige Sterilisation (SC1, SC2, SC3 und SC4)  
Den vorgesehenen Kostenanteil für den Eingriff gemäss den Tarifen, die in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anwendbar sind
21. 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 amtlichen UVG-Tarif vergütet.
22. 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 amtlichen UVG-Tarif vergütet.
23. 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.
24. Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen (SC1, SC2, SC3 und SC4)  
Bei Versicherungsverträgen, die vor dem 31.12.1996 in Kraft getreten sind, deckt der Versicherer die Kosten für ärztlich verordnete medizinische Behandlungen, die von nicht ärztlichen Psychotherapeuten und selbstständigen Psychologen durchgeführt werden. Diese Leistungsdeckung wird hinfällig, sobald

diese Leistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.

25. 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 nachfolgenden Tabelle angegebenen Beträgen ausgerichtet.

## **Art. 7 Prämien**

1. Der Versicherte, der die maximale Altersgrenze für seine Altersklasse erreicht, wird automatisch am Anfang des Kalenderjahres in die höhere Altersklasse transferiert. Die massgebenden Altersklassen sind:
  - Kinder: 0-18 Jahre
  - Jugendliche: 19-25 Jahre
  - ab dem 26. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren
2. Der Prämientarif hängt vom Eintrittsalter in diese Versicherung ab.

## **Art. 8 Franchise**

1. Auf den Leistungen dieser Versicherung wird eine Jahresfranchise von Fr. 50.– erhoben.
2. Auf den Leistungen der Groupe Mutuel Assistance wird keine Franchise erhoben.

1		2	3	4
Leistungsübersicht				
Limitierte Arzneimittel	90% der Medikamente, höchstens Fr. 600.–/Kalenderjahr	90% der Medikamente, höchstens Fr. 800.–/Kalenderjahr	90% der Medikamente, höchstens Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	90% der Medikamente, höchstens Fr. 1'200.–/Kalenderjahr
	90% der Medikamente, höchstens Fr. 600.–/Kalenderjahr	90% der Medikamente, höchstens Fr. 800.–/Kalenderjahr	90% der Medikamente, höchstens Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	90% der Medikamente, höchstens Fr. 1'200.–/Kalenderjahr
Nicht kassenpflichtige Arzneimittel				
Alternativmedizin	keine Leistungen			
Osteopathie	50% der Kosten, höchstens Fr. 500.–/Kalenderjahr	80% der Kosten, höchstens Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	80% der Kosten, höchstens Fr. 3'000.–/Kalenderjahr	80% der Kosten, höchstens Fr. 4'000.–/Kalenderjahr
Akupunktur, Homöopathie, Elektroakupunktur, Sophrologie	50% der Kosten, höchstens Fr. 500.–/Kalenderjahr			
Badekuren	50% der Kosten, höchstens Fr. 250.–/Kalenderjahr	60% der Kosten, höchstens Fr. 300.–/Kalenderjahr	80% der Kosten, höchstens Fr. 500.–/Kalenderjahr	80% der Kosten, höchstens Fr. 750.–/Kalenderjahr
Erholungskuren	Fr. 15.–/Tag, höchstens 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 20.–/Tag, höchstens 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 25.–/Tag, höchstens 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 25.–/Tag, höchstens 30 Tage/Kalenderjahr
Erholungskuren nach einem Spitalaufenthalt	Fr. 30.– pro Tag, höchstens 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 40.– pro Tag, höchstens 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Tag, höchstens 30 Tage/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Tag, höchstens 30 Tage/Kalenderjahr
Badekuren im Ausland	keine Leistungen	keine Leistungen	50% der Kosten, höchstens Fr. 500.–/Kalenderjahr	80% der Kosten, höchstens Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
Tarifizuschläge	Fr. 500.–/Kalenderjahr	Fr. 600.–/Kalenderjahr	Fr. 800.–/Kalenderjahr	Fr. 1'000.–/Kalenderjahr
Entschädigung pers. Unkosten bei Spitalaufenthalt	Fr. 100.–/Fall	Fr. 100.–/Fall	Fr. 200.–/Fall	Fr. 200.–/Fall
Besondere Krankenwache	Fr. 400.–/Kalenderjahr	Fr. 500.–/Kalenderjahr	Fr. 600.–/Kalenderjahr	Fr. 700.–/Kalenderjahr
Hauspflege und Unterbringungskosten	Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	Fr. 1'500.–/Kalenderjahr	Fr. 2'500.–/Kalenderjahr	Fr. 3'000.–/Kalenderjahr
Orthoptik	50% der Kosten, höchstens Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	50% der Kosten, höchstens Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	80% der Kosten, höchstens Fr. 3'000.–/Kalenderjahr	80% der Kosten, höchstens Fr. 3'000.–/Kalenderjahr
Brillen und Kontaktlinsen	keine Leistungen	Fr. 100.– alle 3 Jahre	Fr. 150.– alle 3 Jahre	Fr. 200.– alle 3 Jahre
Orthopädische Apparate und Prothesen	Fr. 200.–/Kalenderjahr	Fr. 300.–/Kalenderjahr	Fr. 400.–/Kalenderjahr	Fr. 500.–/Kalenderjahr
Geburtsvorbereitungskurse	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft
Einmaliges Schwangerschaftsgeld	Fr. 100.–	Fr. 100.–	Fr. 100.–	Fr. 100.–
Ultraschalluntersuchungen	Fr. 80.–/Schwangerschaft	Fr. 150.–/Schwangerschaft	Fr. 200.–/Schwangerschaft	Fr. 250.–/Schwangerschaft
Impfungen	90% der Kosten, höchstens Fr. 100.–/Kalenderjahr	90% der Kosten, höchstens Fr. 150.–/Kalenderjahr	90% der Kosten, höchstens Fr. 200.–/Kalenderjahr	90% der Kosten, höchstens Fr. 250.–/Kalenderjahr
Elisa- oder HIV-Test	Fr. 50.–/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Kalenderjahr	Fr. 50.–/Kalenderjahr
Freiwillige Sterilisation	80% der Kosten, höchstens Fr. 200.–	80% der Kosten, höchstens Fr. 300.–	80% der Kosten, höchstens Fr. 400.–	80% der Kosten, höchstens Fr. 500.–
Unfallbedingte Zahnbehandlungen	80% der Kosten, höchstens Fr. 3'000.–/Fall	80% der Kosten, höchstens Fr. 4'000.–/Fall	80% der Kosten, höchstens Fr. 6'000.–/Fall	80% der Kosten, höchstens Fr. 8'000.–/Fall
Krankheitsbedingte Zahnpflege	keine Leistungen	80% der Kosten, höchstens Fr. 100.– alle 3 Jahre	80% der Kosten, höchstens Fr. 150.– alle 3 Jahre	80% der Kosten, höchstens Fr. 200.– alle 3 Jahre
Transportkosten	50% der Kosten, höchstens Fr. 500.–/Kalenderjahr	80% der Kosten, höchstens Fr. 1'000.–/Kalenderjahr	80% der Kosten, höchstens Fr. 2'000.–/Kalenderjahr	80% der Kosten, höchstens Fr. 2'500.–/Kalenderjahr
Nicht ärztliche Psychotherapeuten und selbstständige Psychologen	Fr. 500.– pro Kalenderjahr	Fr. 600.– pro Kalenderjahr	Fr. 700.–/Kalenderjahr	Fr. 800.–/Kalenderjahr
Kapital pro Kalenderjahr	Fr. 8'000.–	Fr. 10'000.–	Fr. 15'000.–	Fr. 20'000.–
Groupe Mutuel Assistance	Leistungen, welche die obligatorische Pflegeversicherung übersteigen	Leistungen, welche die obligatorische Pflegeversicherung übersteigen	Leistungen, welche die obligatorische Pflegeversicherung übersteigen	Leistungen, welche die obligatorische Pflegeversicherung übersteigen