

Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung mit Bonus

SB

SBGA01-A9 – Ausgabe 01.04.2003

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Zweck der Versicherung	Art. 6	Prämien
Art. 2	Aufnahmebedingung	Art. 7	Prämienstufen
Art. 3	Versicherte Leistungen	Art. 8	Veränderung der Prämienstufe
Art. 4	Leistungsanspruch	Art. 9	Rechte und Pflichten des Versicherten
Art. 5	Franchise	Art. 10	Bezugstext

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

Diese Zusatzversicherung gewährt den Versicherten zusätzlich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung spezifische Leistungen.

Durch die Gewährung eines Bonus, der an die Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen gebunden ist, wird die versicherte Person in die Verantwortung miteinbezogen und es wird ihr ermöglicht, den Betrag ihrer Prämie zu reduzieren (Art. 8).

Art. 2 Aufnahmebedingung

Der Krankenpflege-Zusatzversicherung mit Bonus können alle Personen bis zum Tag ihres 60. Geburtstags beitreten.

Art. 3 Versicherte Leistungen

Der Versicherer richtet die nachstehenden Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung aus (vgl. Tabelle A, die integraler Bestandteil dieser Besonderen Bedingungen ist):

1. Leistungen, welche die Berechnung des Bonus und der Franchise beeinflussen

1. Komplementärmedizin

Der Versicherer übernimmt die nachfolgenden Therapien, sofern sie von einem Arzt, dessen Diplom durch die schweizerische Gesetzgebung anerkannt wird, oder von einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt werden.

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

Vor jeder Behandlung muss sich der Versicherte erkundigen, ob der Therapeut, bei dem er sich behandeln lassen will, vom Versicherer anerkannt wird.

Verzeichnis der Therapien der Komplementärmedizin Naturheilverfahren

Akupunktur, Aromatherapie, Aurikulothérapie, Bioresonanz, Biotherapie, Chromotherapie, Colon-Hydrotherapie, Elektroakupunktur, Geobiologie, Heilkräuter, Homöopathie, Iridologie, Lasertherapie, Magnetismus, Magnetotherapie, Mora-Therapie, Sauerstofftherapie, Phytotherapie, 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

Andere

Biodynamik, Rebirthing, Sophrologie, Tomatis-Methode
Der Versicherer muss vorgängig jedem Behandlungs- oder Therapiewechsel während der Behandlung zustimmen.

2. Limitierte Arzneimittel

Den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, mit Ausnahme der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV)

3. Nicht kassenpflichtige Arzneimittel

Den vorgesehenen Kostenanteil an Arzneimitteln, die auf keiner offiziellen Liste stehen (SL, ALT), die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden, mit Ausnahme der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV)

4. **Unterbringungs- und Begleitkosten**
Auf vorgängiges Gesuch an den Versicherer, den Kostenanteil für eine vorübergehende Unterbringung von Familienangehörigen, die mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt leben, wenn Letzterer aus medizinischen Gründen in ein Spital eingewiesen werden muss. Die vorübergehende Unterbringung der Familienangehörigen muss in einer offiziellen Institution erfolgen.
Bei einem Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten der Belegung eines Spitalbetts durch einen Familienangehörigen, sofern diese Massnahme medizinisch begründet ist.
5. **Hilfsmittel**
Den vorgesehenen Kostenanteil für die Miete und den Kauf von ärztlich angeordneten orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (Zahnprothesen ausgenommen) gemäss der vom Versicherer erstellten Liste
6. **Transportkosten**
Den vorgesehenen Kostenanteil für Transporte als Folge einer Krankheit oder eines gedeckten Unfalls bis zur nächstgelegenen Heilanstalt oder zum nächsten Arzt, sofern diese medizinisch notwendig sind und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden.
Dieser Betrag wird nur für Transporte mit Ambulanz, Helikopter oder bei Rettungsaktionen erbracht.
Die Kosten öffentlicher Verkehrsmittel (Bahn, Bus) sind ebenfalls gedeckt, sofern der Transport aufgrund einer ambulanten Behandlung notwendig ist und dadurch ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.
7. **Ambulante Behandlung**
Freie Wahl des Behandlungsorts in der Schweiz bei einer ambulanten Behandlung gemäss KVG, sofern der Leistungserbringer vom Versicherer anerkannt wird.
Den vorgesehenen Prozentanteil der Differenz zwischen dem am Wohn- oder Arbeitsort des Versicherten anwendbaren Tarif und dem am Wohnort des Leistungserbringers gültigen Tarif
8. **Badekuren in der Schweiz**
Den vorgesehenen Kostenanteil für die Behandlung und die Pension im Fall einer Badekur in den vom Versicherer anerkannten Anstalten, gemäss Liste der Heilbäder in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)
Die Leistungen werden anerkannt, wenn sie medizinisch erforderlich und von einem Arzt verordnet werden. Ein Gesuch um Zustimmung und die ärztliche Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.
9. **Rekonvaleszenzkuren in der Schweiz**
Den vorgesehenen Kostenanteil für die Behandlung und die Pension im Fall von Rekonvaleszenzkuren in der Schweiz in anerkannten Kuranstalten, und zwar wenn die Kur nach einem Spitalaufenthalt verordnet wurde. Ein Gesuch um Zustimmung und die ärztliche Kurverordnung muss dem Versicherer spätestens 20 Tage vor Kurantritt eingereicht werden.
10. **Haushaltshilfe**
Nach einem Spitalaufenthalt wegen Krankheit oder Unfall (Mutterschaft ausgeschlossen) und auf vorgängiges Gesuch des Versicherten hin, ein Betrag für die Kosten

für die medizinisch notwendige Anstellung einer Familienhilfe, die einer offiziellen Organisation angehört und in Vertretung des Versicherten die täglichen Hausarbeiten erledigt. Alle anderen Kosten sind davon ausgenommen (Grossreinemachen usw.).

Es wird keine Leistung erbracht, wenn der Versicherte von der Invalidenversicherung (IV) als invalid anerkannt wird, wenn der Versicherte über eine Invalidenrente verfügt oder sich in einem Spital, in einer Kur- oder Erholungsanstalt aufhält.

11. **Brillen und Kontaktlinsen**
Den vorgesehenen Kostenbeitrag für den Kauf von medizinischen Brillen oder Kontaktlinsen in der Schweiz oder im Ausland, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
 12. **Mahlzeitenlieferung nach einem Spitalaufenthalt**
Nach einem Spitalaufenthalt die vorgesehenen Kosten für die von einer vom Versicherer anerkannten Institution und auf ärztliche Verordnung gelieferten Mahlzeiten
 13. **Medikamentenversand nach Hause**
Die Übernahme der Versandkosten der verordneten Medikamente, die über einen vom Versicherer anerkannten Partner bezogen werden
- 2. Leistungen, welche die Berechnung des Bonus und der Franchise nicht beeinflussen**
1. **Groupe Mutuel Assistance**
Die in den Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance (Kategorie ASS) vorgesehenen Leistungen (Rücktransport und Transport bei einem Schadenfall ausserhalb eines Umkreises von 20 Kilometer ab Wohnort des Versicherten in der Schweiz und im Ausland)
 2. **Prävention**
 1. Zweitmeinung (vor einer Spitaleinweisung)
Den vorgesehenen Kostenbeitrag für ein zweites ärztliches Gutachten vor einer Spitaleinweisung durch einen vom Versicherer anerkannten Arzt. Die Bezeichnung «Zweitmeinung» muss auf der Honorarrechnung ersichtlich sein.
 2. Mammographien
Den vorgesehenen Prozentanteil an Mammographiekosten, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht übernommen werden
 3. Impfungen
Die Kosten für Impfungen, die in der KLV nicht vorgesehen, aber in der Schweiz notwendig sind, sowie diejenigen, die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei einer Reise ins Ausland empfohlen werden
 4. Präventivtests (Elisa oder HIV)
Den vorgesehenen Kostenanteil an Präventivtests, die von anerkannten Leistungserbringern verordnet und durchgeführt werden
 5. Check-up
Den vorgesehenen Kostenanteil an Check-ups, die von einem vom Versicherer anerkannten Arzt durchgeführt werden, jedoch höchstens ein Check-up alle drei Jahre
 6. Psychotherapie
Den vorgesehenen Kostenanteil nach ärztlich verordneten Behandlungen, die von nicht ärztlichen

Psychotherapeuten oder unabhängigen Psychologen durchgeführt werden, jedoch höchstens zwei jährliche Sitzungen. Diese Leistungen werden zusätzlich zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht.

7. Jährliche Zahnkontrolle

Den vorgesehenen Kostenanteil für eine jährliche Präventivkontrolle durch einen diplomierten Zahnarzt, der nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt ist

8. Ernährungsberatungen

Den vorgesehenen Kostenanteil für Ernährungsberatungen, die von Beratern durchgeführt werden, die vom Versicherer anerkannt sind, jedoch höchstens drei Beratungen über einen Zeitraum von drei Jahren

9. Gesundheitsförderung

Für Massnahmen, die der Förderung der Gesundheit in den Bereichen Rückenschule und Fitness dienen, sowie für Leistungen in Hinblick auf Tabak- oder Alkoholkonsum in Form einer Kur in einer anerkannten Anstalt, übernimmt die Versicherung den Kostenanteil, der von Leistungserbringern in Rechnung gestellt wird, die vom Versicherer anerkannt sind, jedoch höchstens den in Anhang A genannten Betrag. Sollten in einem gleichen Kalenderjahr mehrere gesundheitsfördernde Massnahmen durchgeführt werden, beträgt die maximale Leistung Fr. 200.–.

Art. 4 Leistungsanspruch

1. Der Leistungsanspruch des Versicherten beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrags.
2. Die Leistungen werden nach den Behandlungsdaten angerechnet. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten (bei zeitlich oder betragsmässig begrenzten Leistungen) können nicht auf das Folgejahr übertragen werden.
3. Im Umfang der in diesen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten, wenn die Leistungen von einem Arzt oder einer ordnungsgemäss zugelassenen und vom Versicherer anerkannten Person erbracht werden. Die durch diese Bedingungen geregelte Versicherung darf in keinem Fall zur Deckung der gesetzlichen Selbstbehalte und Franchisen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und in den anderen Zusatzversicherungen dienen.

Art. 5 Franchise

1. Die Leistungen gemäss Artikel 3, Absatz 1 unterliegen einer jährlichen Franchise von Fr. 150.–.
2. Die Leistungen gemäss Artikel 3, Absatz 2 unterliegen keiner Franchise.

Art. 6 Prämien

1. Der Versicherte, der im Jahresverlauf das Höchstalter seiner Altersklasse erreicht, wird zu Beginn des folgenden Kalenderjahrs automatisch in die nächsthöhere Altersklasse umgeteilt. Es gelten folgende Altersklassen:

- 0 bis 18 Jahre
- 19 bis 25 Jahre
- ab dem 26. Altersjahr bis zum 71. Altersjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren

2. Die Prämien berücksichtigen die obgenannten Altersklassen sowie die nachstehenden Prämienstufen. Eine Änderung der Prämienstufe (gemäss Art. 8) wird nicht als eine Anpassung der Prämie im Sinn von Artikel 29 der Allgemeinen Bedingungen für die Kranken- und Unfallzusatzversicherungen (AVZ) betrachtet. Das Kündigungsrecht im Fall einer Prämienanpassung gilt demnach in diesen Fällen nicht.

Art. 7 Prämienstufen

1. Für das Beitrittsjahr sowie das Folgejahr gilt die dritte Prämienstufe.
2. Folgende Prämienstufen sind möglich:

% der Prämie	Prämienstufe
100	5
90	4
80	3
70	2
60	1
50	0

Art. 8 Veränderung der Prämienstufe

1. Falls der Versicherte während einer Referenzperiode keine Leistungen gemäss Artikel 3, Ziffer 1 bezogen hat (vom Versicherer gedeckte und der Franchise unterliegende Beträge), wird die Prämie des folgenden Kalenderjahrs nach der nächsttieferen Prämienstufe berechnet, insofern er die unterste Stufe noch nicht erreicht hat.
2. Der Zeitraum zwischen dem 1. Juli und 30. Juni wird als Referenzperiode für die Feststellung angesehen, ob der Versicherte Leistungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung mit Bonus bezogen hat. Das Zahlungsdatum der Leistungen durch den Versicherer ist massgebend für die Zuteilung zur Referenzperiode.
3. Falls ein Versicherter während der Referenzperiode Leistungen gemäss Artikel 3, Ziffer 1 (vom Versicherer gedeckte Beträge) bezieht, und das über einen Betrag der höher ist als die in Artikel 5 vorgesehene Franchise, wird die Prämie des nächsten Kalenderjahrs um eine Stufe erhöht. Die Erhöhung geht maximal bis zur fünften Prämienstufe, was 100% der ordentlichen Prämie entspricht.

Art. 9 Rechte und Pflichten des Versicherten

1. Falls der Versicherer die Rechnung mehr als sechs Monate nach dem Ausstelldatum erhält und der Versicherte von einer ungerechtfertigten Prämienreduktion profitiert, ist der Versicherer ermächtigt, seine Leistungen im Umfang der ungerechtfertigten Prämieinsparung zu kürzen.
2. Falls das System des «Tiers payant» für die Rückzahlung der Leistungen angewandt wird, hat der Versicherte die Möglichkeit, dem Versicherer die ausbezahlten Leistungen

innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Abrechnung zurückzubezahlen. So behält die versicherte Person ihr Anrecht auf den Bonus.

Art. 10 Bezugstext

Im Zweifelsfall ist die französische Ausgabe dieser Besonderen Bedingungen rechtsgültig.

Tabelle A

Leistungstypen	Übernahme
Leistungen, welche die Berechnung des Bonus und der Franchise von Fr. 150.- beeinflussen	
Komplementärmedizin	90% unbegrenzt
Limitiert kassenpflichtige Medikamente	90% unbegrenzt
Nicht kassenpflichtige Medikamente	90% unbegrenzt
Unterbringungs- und Begleitkosten	90% unbegrenzt
Hilfsmittel	90% unbegrenzt
Transport- und Rettungskosten	90% unbegrenzt
Freie Arztwahl für ambulante Leistungen in der Schweiz	90% unbegrenzt
Badekuren in der Schweiz	90% unbegrenzt (max. 30 Tage pro Jahr)
Rekonvaleszenzkuren in der Schweiz	90% unbegrenzt (max. 30 Tage pro Jahr)
Haushaltshilfe	90% (max. Fr. 2'500.- pro Jahr)
Brillen und Kontaktlinsen	Fr. 150.- alle 3 Jahre
Mahlzeitenlieferung nach einem Spitalaufenthalt	Fr. 20.- pro Tag (max. 30 Tage pro Jahr)
Medikamentenversand nach Hause	Übernahme der Versandkosten
Leistungen, welche die Berechnung des Bonus und der Franchise von Fr. 150.- nicht beeinflussen	
Groupe Mutuel Assistance	bei Notfällen in der Schweiz und im Ausland
Prävention	
Zweitmeinung (vor einer Spitaleinweisung)	90% unbegrenzt
Mammographien	90% unbegrenzt
Impfungen	90% unbegrenzt
Präventivtests (HIV, Elisa)	90%, unbegrenzt
Check-up (alle 3 Jahre)	90% unbegrenzt
Psychotherapie	2 Sitzungen pro Jahr, max. Fr. 140.-
Jährliche Zahnkontrolle	max. Fr. 75.- pro Jahr
Ernährungsberatungen (max. 3 Beratungen über 3 Jahre)	Fr. 50.- pro Sitzung
Gesundheitsförderung: Rückenschule, Fitness, Leistungen für Tabak- und Alkoholentzug	50%, max. Fr. 200.- pro Kalenderjahr