

Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung Optimum

SOGA01-A1 – Ausgabe 01.09.2023

Inhalt

Art. 1	Zweck der Versicherung	Art. 6	Listen der Leistungserbringer, Therapien und Aktivitäten
Art. 2	Gedeckte Risiken	Art. 7	Franchise
Art. 3	Aufnahmebedingungen	Art. 8	Prämien
Art. 4	Leistungsanspruch und Einschränkungen	Art. 9	Familienrabatt
Art. 5	Versicherte Leistungen		

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

Art. 1 Zweck der Versicherung

Die Versicherung Optimum bietet den Versicherten spezifische Leistungen in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nachfolgend OKP) gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Art. 2 Gedeckte Risiken

Die Leistungen werden bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft ausgerichtet.

Art. 3 Aufnahmebedingungen

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz kann den Beitritt zur Versicherung Optimum beantragen, ohne Altersbegrenzung.

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.
- Wenn eine ärztliche Behandlung oder eine alternativmedizinische Therapie nicht mehr medizinisch indiziert ist oder keine therapeutische Verbesserung bewirkt, informiert der Versicherer den Versicherten über die Kürzung oder das Ende der Auszahlung von Leistungen.
- Im Umfang der in diesen Besonderen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Beiträge vergütet der Versicherer die von der OKP nicht gedeckten Kosten, wenn die Leistungen von einem Arzt mit von der Schweizer Gesetzgebung anerkanntem Diplom oder von 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.

Art. 5 Versicherte Leistungen

	Kostenübernahme	Beschreibung
Limitiert kassenpflichtige und nicht kassenpflichtige Medikamente	90%	<ul style="list-style-type: none"> 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. Ausschlüsse: Produkte, die auf der Liste pharmazeutischer Präparate für spezielle Verwendung (LPPV) aufgeführt sind. Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten alternativmedizinischen Therapeuten.
Medikamentenlieferung nach Hause	Übernahme der Lieferkosten	<ul style="list-style-type: none"> Übernahme der Lieferkosten für ärztlich verordnete Medikamente.
Alternativmedizin	75%, max. CHF 3000.– pro Kalenderjahr, davon max. CHF 500.– pro Kalenderjahr für Massagen	<ul style="list-style-type: none"> Vom Versicherer anerkannte Therapien, die von einem diplomierten Arzt oder einem vom Versicherer anerkannten Naturheilpraktiker durchgeführt werden. Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Therapien und Therapeuten und behält sich das Recht vor, jederzeit bestimmte Therapeuten auszuschliessen.
Erholungs- und Badekuren	90%, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> 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. Behandlungs- und Unterkunftskosten bei einer Badekur in anerkannten Kureinrichtungen gemäss KLV (Krankenpflege-Leistungsverordnung). Die Leistungen werden gewährt, wenn sie von einem nach KVG anerkannten Arzt verordnet werden. Spätestens 20 Tage vor Kurantritt müssen ein Antrag auf Kostenübernahme und die ärztliche Kurverordnung beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls besteht kein Anspruch auf Leistungen. Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen.
Brillen oder Kontaktlinsen	Brillen und Kontaktlinsen <ul style="list-style-type: none"> Kinder bis 18 Jahre, CHF 100.– pro Kalenderjahr Erwachsene ab 19 Jahren CHF 250.– alle 3 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> Der vorgesehene Betrag gilt für die Kosten von Brillen und Kontaktlinsen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.
Hilfsmittel	90%, max. CHF 2000.– pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> Kosten für die Miete und den Kauf von medizinisch verordneten orthopädischen Geräten und Hilfsmitteln (ausgenommen Zahnprothesen) gemäss der Liste des Versicherers.
Mammografien und Ultraschalluntersuchungen	90%	<ul style="list-style-type: none"> Mammografien und Ultraschalluntersuchungen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen	90%	<ul style="list-style-type: none"> Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, die nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden.
Impfungen	90%	<ul style="list-style-type: none"> Kosten für Impfungen, die nicht von der OKP gedeckt sind. Kosten für Impfungen, die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) bei Reisen im Ausland empfohlen werden und von Swissmedic anerkannt sind.
HIV-Vorsorgetest	90%	<ul style="list-style-type: none"> Kosten für HIV-Vorsorgetests, wenn sie von nach KVG anerkannten Leistungserbringern verschrieben und durchgeführt werden.
Gesundheitscheck	90%, max. CHF 1200.– alle 3 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> Kosten für Gesundheitschecks, die von einem Arzt durchgeführt werden. Der Gesundheitscheck umfasst: <ul style="list-style-type: none"> 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
Transport-, Such- und Rettungskosten	90% (Transporte) 90%, max. CHF 75 000.– pro Kalenderjahr (Suche und Rettung)	<ul style="list-style-type: none"> Bis zur nächstgelegenen Spzialeinrichtung 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.
Psychotherapie	90%, max. CHF 500.– pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> Kosten für nicht von der OKP übernommene Behandlungen, die von nicht ärztlichen Psychotherapeuten und unabhängigen Psychologen durchgeführt werden, welche vom Versicherer anerkannt sind. Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Verbände.
Korrektur von Narben und abstehenden Ohren	80%, max. CHF 3000.– pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> Kostenübernahme für die Narbenkorrektur. Für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, Kostenübernahme für die Korrektur abstehender Ohren. Dieser Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Folgen von Krankheiten und Unfällen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bereits bestanden.

	Kostenübernahme	Beschreibung
Haushaltshilfe, Unterbringungskosten, Begleitkosten und Betreuung von kranken Kindern zuhause	90%, max. CHF 2500.– pro Kalenderjahr, davon max. CHF 250.– pro Kalenderjahr für die Betreuung kranker Kinder zuhause	<ul style="list-style-type: none"> – 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 dieser aus medizinischen Gründen hospitalisiert wird oder sich einem ambulanten chirurgischen Eingriff unterziehen muss. Die vorübergehende Unterbringung von Familienmitgliedern muss bei einer amtlichen Stelle erfolgen (temporäre Betreuungsstelle, Kinderkrippe, Kindertagesstätte oder Tages- und/oder Nachtstätte). – Bei Spitalaufenthalt des Versicherten übernimmt der Versicherer die Kosten eines zusätzlichen Spitalbetts für ein Familienmitglied, wenn diese Massnahme medizinisch begründet ist. – Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr: Kosten für die Betreuung durch das Rote Kreuz oder eine offizielle Institution mit demselben Zweck, wenn das versicherte Kind krank ist und die Eltern einer beruflichen Tätigkeit ausserhalb des Wohnorts nachgehen. <p>Der Versicherte ist verpflichtet, vorab die Zustimmung des Versicherers einzuholen.</p>
Zweitmeinung	90%	<ul style="list-style-type: none"> – Kosten einer von einem Arzt erbrachten medizinischen Zweitmeinung vor einem Spitalaufenthalt. Der Begriff «Zweitmeinung» muss auf der Honorarrechnung erwähnt sein.
Verpflegung zuhause nach einem Spitalaufenthalt oder einem ambulanten chirurgischen Eingriff	CHF 20.– pro Tag, max. 30 Tage pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der Kosten für Mahlzeiten zuhause, die auf beruflicher Basis von einer Einrichtung, einem Unternehmen oder einer Institution erbracht und ärztlich verschrieben wurden.
Upgrade für mehr Komfort, Kosten für die Unterbringung, Transportkosten oder Parkgebühren bei ambulanten chirurgischen Eingriffen	CHF 150.– pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> – Wenn der Versicherte sich einem ambulanten chirurgischen Eingriff unterzieht, übernimmt der Versicherer folgende Kosten: <ul style="list-style-type: none"> – Upgrade für mehr Komfort, das von der Einrichtung in Rechnung gestellt wird, in der der ambulante chirurgische Eingriff stattfindet – Unterbringung des Versicherten und seiner Begleitpersonen in einer Spitaleinrichtung 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 dem Taxi) – Parkgebühren
Zahnärztliche Behandlungen	75%, max. CHF 150.– pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> – Folgende Kosten werden übernommen: <ul style="list-style-type: none"> – zahnärztliche Behandlungen, die von einem diplomierten Zahnarzt erbracht werden – jährliche prophylaktische Zahnkontrolle – Kronen, Brücken und Prothesen – Laborkosten – Es werden keine Leistungen für Kieferorthopädie gedeckt. – Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen. Der mögliche Aufschlag darf 50 Prozent nicht überschreiten.
Prävention und Sportaktivitäten	50%, max. CHF 200.– pro Kalenderjahr	<p>Massnahmen für körperliches Training</p> <ul style="list-style-type: none"> – Übernahme der Kosten für folgende Massnahmen: <ul style="list-style-type: none"> – Fitness – Rückenschule – Trainingseinheiten zu Rehabilitationszwecken unter der Leitung eines speziell ausgebildeten Sportlehrers – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen/Leistungserbringer. <p>Sportliche Aktivitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kostenübernahme von Aktivmitgliedsbeiträgen für einen Sportverein. – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Sportarten. <p>Weitere Präventionsmassnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Versicherer führt eine Liste weiterer anerkannter Präventionsmassnahmen.
Groupe Mutuel Assistance	Gemäss den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Groupe Mutuel Assistance	<ul style="list-style-type: none"> – 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).

Art. 6 Listen der Leistungserbringer, Therapien und Aktivitäten

1. Die Listen der anerkannten Leistungserbringer, Therapien, sportlichen Aktivitäten und anderen Präventionsmassnahmen stehen auf der Website des Versicherers zur Verfügung oder werden auf Anfrage der versicherten Person abgegeben.
2. Es sind die Listen massgebend, die zum Zeitpunkt der Behandlung oder der Inanspruchnahme einer Leistung gültig sind.
3. Die Listen können gemäss Art. 23 der AVZ jederzeit vom Versicherer geändert werden. Bei einer Anpassung der Liste steht dem Versicherungsnehmer kein Kündigungsrecht zu.

Art. 7 Franchise

Die Versicherten haben folgende Wahlmöglichkeiten:

- a. Ohne Jahresfranchise
- b. Jahresfranchise CHF 150.–

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 Anpassung 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 Optimum abgeschlossen haben.
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.