

Besondere Bedingungen der Krankenpflege-Zusatzversicherung Premium

SDGA01-A1 – Ausgabe 01.08.2022

Inhaltsverzeichnis

Art. 1	Zweck der Versicherung	Art. 6	Listen der Leistungserbringer
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 Premium 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 Premium beantragen, wobei der Versicherungsschutz spätestens an dem Tag beginnt, an dem sie 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.
- 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 Reduktion 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 Badeskuren» und «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 Franchisen und Selbstbehalte in der OKP dienen.
- Der Versicherungsschutz umfasst jedoch ausländische gesetzliche Kostenbeteiligungen für eine Behandlung ausserhalb der Schweiz, unter Anwendung des Personenfreizügigkeitsabkommens mit der EU und der EFTA oder von anderen internationalen Sozialversicherungsabkommen, sofern das Recht 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. – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Therapeuten der Alternativmedizin. – Ausschlüsse: Produkte, die auf der Liste pharmazeutischer Präparate für spezielle Verwendung (LPPV) aufgeführt sind.
Beratungskosten für Medikamente aus der Spezialitätenliste, die vom Apotheker ohne Verschreibung abgegeben werden	90%	<ul style="list-style-type: none"> – Kosten für die Beratung durch vom Versicherer anerkannte Apotheker im Zusammenhang mit Medikamenten der Listen B+ oder B- (Swissmedic-Einstufung), die gemäss Art. 45 der Arzneimittelverordnung (VAM) ohne Verschreibung abgegeben werden. – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Apotheken.
Alternativmedizin	90%, max. CHF 5000.– pro Kalenderjahr, davon max. CHF 1000.– 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.
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. – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen. – Vor Kurantritt muss ein Antrag auf Kostenübernahme und die ärztliche Kurverordnung beim Versicherer eingereicht werden. Andernfalls könnte die versicherte Person den Leistungsanspruch verlieren.
Brillen, Kontaktlinsen oder refraktive Chirurgie	<p>Brillen und Kontaktlinsen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kinder bis 18 Jahre, CHF 150.– pro Jahr – Erwachsene ab 19 Jahren, CHF 500.– alle 3 Jahre <p>Refraktive Chirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> – Beteiligung von 90%, max. CHF 800.– für die gesamte Vertragsdauer 	<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. – Die Beteiligung an den Kosten für refraktive Chirurgie wird zusätzlich zu den Kosten für Brillen oder Kontaktlinsen übernommen.
Hilfsmittel	90%	<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.
Mammographien	90%	<ul style="list-style-type: none"> – Mammographien, 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, sowie 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 Leistungserbringern verschrieben und durchgeführt werden, die gemäss KVG anerkannt sind.
Gesundheitscheck	90%, max. CHF 1800.– 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	<p>90% (Transporte)</p> <p>90%, max. CHF 100 000.– pro Kalenderjahr (Suche und Rettung)</p>	<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.

	Kostenübernahme	Beschreibung
Psychotherapie	90%, max. CHF 1000.– pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> – Kosten für nicht von der OKP übernommene Behandlungen, die von nichtärztlichen Psychotherapeuten und unabhängigen Psychologen durchgeführt werden, welche vom Versicherer anerkannt sind. – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Vereine.
Betreuung von kranken Kindern zuhause	90%, max. CHF 300.– pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> – Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr: Kosten für die Betreuung durch das Rote Kreuz oder eine offizielle Institution mit demselben Zweck, wenn die Eltern einer beruflichen Tätigkeit ausserhalb des Wohnorts nachgehen.
Haushaltshilfe und Unterbringungskosten	90%, max. CHF 2500.– pro Kalenderjahr	<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, wenn dieser aus medizinischen Gründen hospitalisiert wird. Die vorübergehende Unterbringung von Familienmitgliedern muss bei einer amtlichen Stelle erfolgen (temporäre Betreuungsstelle, Kinderkrippe, Kindertagesstätte oder Tages- und/oder Nachtstätte). – Der Versicherte ist verpflichtet, vorab die Zustimmung des Versicherers einzuholen.
Verpflegung zuhause nach einem Spitalaufenthalt	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 geliefert werden und ärztlich verordnet sind.
Empfängnisverhütung und freiwillige Sterilisation	90%, max. CHF 500.– pro Kalenderjahr	<ul style="list-style-type: none"> – 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 einen Eingriff bei Sterilisation.
Zahnärztliche Behandlungen	Zahnpflege 75%, max. CHF 500.– pro Kalenderjahr Kieferorthopädie für Versicherte bis 18 Jahre: 75%, max. CHF 3000.– 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 – Für Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr umfasst der Versicherungsschutz auch kieferorthopädische Behandlungen. – Für zahnärztliche Behandlungen infolge eines Unfalls, der sich nach dem Inkrafttreten der Versicherung ereignet, besteht sofortiger Leistungsanspruch. – Die Leistungen für zahnärztliche Prothetik (Zahnersatz, Einsetzen von Zahnkronen, Stützähnen, Brücken, Teil- oder Vollprothesen usw.) 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. – Für alle anderen Zahnbehandlungen (inkl. Kieferorthopädie) werden die Versicherungsleistungen frühestens nach drei Monaten Mitgliedschaft ausgerichtet. – Der offizielle UVG-Tarif (Nomenklatur und Taxpunktwert) ist massgebend für die Berechnung der übernommenen Leistungen; der mögliche Aufschlag darf 50% nicht überschreiten.
Prävention und Sport	50%, max. CHF 500.– pro Kalenderjahr 90%, max. CHF 200.– pro Kalenderjahr	Prävention – Übernahme der Kosten für folgende Massnahmen: <ul style="list-style-type: none"> – Rückenschule – Fitness – Trainingseinheiten zu Rehabilitationszwecken unter der Leitung eines speziell ausgebildeten Sportlehrers – Ernährungsberatung (CHF 50.– pro Sitzung, max. drei Sitzungen auf drei Jahre) – Tabak- oder Alkoholentzug – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Einrichtungen/Leistungserbringer. Sportliche Betätigung und jährliche Sportabonnemente – Übernahme der Kosten für Beiträge an einen Sportverein oder für Jahresabonnemente für Schwimmbad und Ski. – Der Versicherer führt eine Liste der anerkannten Sportarten.
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

1. Die Listen der anerkannten Leistungserbringer 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.

Art. 7 Franchise

Die Versicherten haben folgende Wahlmöglichkeiten:

- a. Ohne Jahresfranchise
- b. Jahresfranchise von CHF 200.–.

Art. 8 Prämien

1. Die Prämien sind für Männer und Frauen einheitlich.
2. 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. und bis zum 85. Lebensjahr: Altersklassen in Abschnitten von jeweils fünf Jahren.
3. 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 Premium abgeschlossen haben.
2. Der Familienrabatt entfällt, sobald die in Abs. 1 genannten Anspruchsbedingungen nicht mehr erfüllt sind.
3. Gemäss 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.