

Zusatzbedingungen (ZB) zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) *activa*

Ausgabe 1. Januar 2016

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

D plus Zusatzversicherung Krankenpflege

- D1 Sterilisation
- D2 Zahnbehandlungen
- D3 Transporte
- D4 Ohrenkorrekturen
- D5 Brillengläser, Kontaktlinsen
- D6 Hilfsmittel
- D7 Gesundheitsförderung
- D8 Diätberatung
- D9 Haushaltshilfe
- D10 Vorsorge
- D11 Komplementärmedizin
- D12 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel
- D13 Auslandbehandlung

E Spitalzusatzversicherung

- E1 Versicherungsdeckung
- E2 Akutspitäler
- E3 Kürzung
- E4 Kostenanteil
- E5 Ausland
- E6 Leistungen bei Mutterschaft
- E7 Second opinion
- E8 Besondere Heilanstalten
- E9 Kuren
- E10 Wirtschaftlichkeit der Behandlung
- E11 Versicherungsvarianten mit Spitalwahl- und Arztwahl einschränkung oder -ausdehnung

D plus Zusatzversicherung Krankenpflege

D1 Sterilisation

- 1 Nicht medizinisch indizierte Sterilisation bei Frauen.
Deckungsvariante 1 und 2: 1000 Franken (einmalig).
- 2 Unterbindung bei Männern.
Deckungsvariante 1 und 2: 500 Franken (einmalig).

D2 Zahnbehandlungen

- 1 Zahnärztliche Behandlungen (inkl. kieferorthopädische Behandlungen) von Personen bis zum zurückgelegten 20. Altersjahr.
Deckungsvariante 1 und 2: 75 Prozent der Kosten.
- 2 *innova* anerkennt den in der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) gültigen Tarif. Die Leistungen werden nur gewährt für krankheitsbedingte Behandlungen in der Schweiz und in den unmittelbar an die Schweiz angrenzenden Ländern.

D3 Transporte

- 1 Medizinisch bedingte Kranken-, Unfall-, Verlegungs- und Rücktransporte sowie Bergungs- und Rettungsaktionen (Mannschafts- und Materialeinsatz).
Deckungsvariante 1: 75 Prozent der Kosten.
Deckungsvariante 2: 100 Prozent der Kosten.
- 2 Voraussetzung für die Ausrichtung der Leistungen ist, dass der Transport durch öffentliche Notfalldienste oder Transportunternehmen mit Bewilligung für gewerbsmässige Kranken- und Unfalltransporte ausgeführt wird.

D4 Ohrenkorrekturen

- Korrekturen abstehender Ohren.
Deckungsvariante 1 und 2: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 1500 Franken (einmalig).

D5 Brillengläser, Kontaktlinsen

- Brillengläser und Kontaktlinsen, die zur Sehkorrektur benötigt werden.
Deckungsvariante 1: keine Leistungen.

Deckungsvariante 2: Bis zum 18. Altersjahr 75 Prozent der Kosten, im Maximum 200 Franken pro Kalenderjahr. Ab dem 19. Altersjahr 75 Prozent der Kosten, im Maximum 200 Franken innerhalb von drei Kalenderjahren.

D6 Hilfsmittel

An die Miet- oder Kaufpreise von Hilfsmitteln gemäss Liste, an die aus der Grundversicherung keine Leistungen erbracht werden, bezahlt *innova* bei ärztlicher Verordnung folgende Kosten.

Deckungsvariante 1: keine Leistungen.

Deckungsvariante 2: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 300

Franken innerhalb von drei Kalenderjahren.

innova führt eine Liste der anerkannten Hilfsmittel. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei *innova* eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

D7 Gesundheitsförderung

An Abonnemente von gewisser Dauer in Fitnesscentern bezahlt *innova* folgende Kosten.

Deckungsvariante 1: keine Leistungen.

Deckungsvariante 2: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 250 Franken pro Kalenderjahr.

Die Leistungen werden für vorbeugendes Krafttraining unter qualifizierter Anleitung zur Verhinderung von Rückfällen von Rückenleiden, Knieverletzungen usw. erbracht. *innova* führt eine Liste der anerkannten Fitnesscenter und der Abonnementsdauer. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei *innova* eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

D8 Diätberatung

Ärztlich verordnete und von einer diplomierten Ernährungsberaterin durchgeführte Diätberatung. Ausgenommen davon sind Beratungen bei Weight-Watchers und ähnlichen Organisationen.

Deckungsvariante 1 und 2: 75 Prozent der Kosten.

D9 Haushaltshilfe

Ärztlich verordnete Haushaltshilfe durch familienfremdes, aus- gebildetes Haushaltshilfepersonal (Personal von Gemeinden, Hauskrankenpflegevereinen und ähnlichen Organisationen).

Deckungsvariante 1: 50 Prozent der Kosten, im Maximum 2000 Franken pro Kalenderjahr.

Deckungsvariante 2: 50 Prozent der Kosten, im Maximum 2000 Franken pro Kalenderjahr. Davon werden auch Leistungen an im gleichen Haushalt lebende mündige Personen erbracht, sofern diesen durch die geleistete Hilfe ein nachweisbarer Verdienstausschlag entsteht. Die Leistung beträgt in solchen Fällen 50 Franken pro Tag, im Maximum während 14 Tagen pro Kalenderjahr.

D10 Vorsorge

Check-up und Impfkosten durch einen eidg. diplomierten Arzt. Deckungsvariante 1: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 300 Franken pro Kalenderjahr.

Deckungsvariante 2: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 500 Franken pro Kalenderjahr.

D11 Komplementärmedizin

- 1 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durch einen eidgenössisch diplomierten und anerkannten Arzt.

Deckungsvariante 1: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 1500 Franken pro Kalenderjahr.

Deckungsvariante 2: 75 Prozent der Kosten, im Maximum siehe Absatz 3.

- 2 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden und verordnete Heilmittel, sofern sie nicht in der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) aufgeführt sind, durch einen Naturheilarzt oder anerkannte komplementärmedizinische Medizinalperson. *innova* führt eine Liste der anerkannten Therapeuten und Therapieformen. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei *innova* eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

Deckungsvariante 1: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 1500 Franken pro Kalenderjahr.

Deckungsvariante 2: 75 Prozent der Kosten, im Maximum siehe Absatz 3.

- 3 In der Deckungsvariante 2 werden für Komplementärmedizin maximal 3000 Franken pro Kalenderjahr bezahlt.

D12 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel

Ärztlich verordnete Arzneimittel, sofern sie bei swissmedic (Kontrollstelle für Heilmittel) für die in Frage stehende Indikation registriert sind und nicht in der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) aufgeführt sind.

Deckungsvariante 1: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 1000 Franken pro Kalenderjahr.

Deckungsvariante 2: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 2000 Franken pro Kalenderjahr.

D13 Auslandbehandlung

Ambulante ärztliche Behandlung durch diplomierten Arzt.

Deckungsvariante 1 und 2: 90 Prozent der Kosten, sofern es sich um einen Notfall handelt.

E Spitalzusatzversicherung

E1 Versicherungsdeckung

- 1 Die Spitalzusatzversicherung umfasst vier Deckungsvarianten:
 - 1: Allgemeine Abteilung Akutspital: Mehrbett-Zimmer
 - 2: Halbprivate Abteilung Akutspital: Zweibett-Zimmer
 - 3: Private Abteilung Akutspital: Einbett-Zimmer
 - 4: *switch*: frei wählbare Zimmerklasse bei Eintritt ins Akutspital.
- 2 **Aus der Spitalzusatzversicherung werden nur die Aufenthalts- und Behandlungskosten in denjenigen Spitalabteilungen von Spitälern übernommen, die in den kantonalen Planungs- und Spitalisten gemäss KVG Artikel 39 aufgeführt sind und bei denen der zuständige Kanton seinen in Art. 39 KVG vorgesehenen Kostenanteil auch effektiv erbringt. Diese einschränkende Regelung gilt auch dann, wenn der zuständige Kanton eine Beschränkung der Anzahl der medizinischen Eingriffe in einem solchen Spital vornimmt und nur für diese Kontingente einen Kantonsbeitrag nach Art. 39 KVG erbringt.**
- 3 Aus der Spitalzusatzversicherung werden nur Arzthonorare (inklusive Narkose- und Assistenzarzt) von Ärzten übernommen, welche gemäss KVG Artikel 44 nicht in den Ausstand getreten sind.

E2 Akutspitäler

- 1 Bei medizinisch notwendiger, stationärer Behandlung in Akut- spitälern werden die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Rahmen der versicherten

Deckungsstufe zeitlich und betragsmässig unbeschränkt übernommen.

- innova* bezahlt die Behandlungs- und Pensionskosten bei Akutspitalaufenthalten im Rahmen der gewählten Deckungsstufe. Als Behandlungskosten gelten die Aufwendungen der Behandlung einschliesslich Operation, Untersuchungen, Narkose, Assistent, Operationssaalbenützung, Medikamente, Verbandsmaterial, Wache und Desinfektion. Liegt keine vertragliche Regelung mit dem Akutspital vor, bemessen sich die Leistungen nach dem von *innova* festgelegten Rückerstattungstarif. Grundlage für den Rückerstattungstarif von *innova* bilden die von *innova* anerkannten Tarife mit vergleichbaren, in der Wohnregion des Versicherten gelegenen Akutspitäler. Der Tarif kann bei *innova* jederzeit eingesehen werden. Der Kostenanteil gemäss Artikel E4 wird hiervon in Abzug gebracht.
- Kennt ein Akutspital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Zusatzbedingungen genannten (Artikel E1, Absatz 1), so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt.
- Die Spitaldeckung gilt weltweit.

E3 Kürzung

Begibt sich der Versicherte in die nächsthöhere Spitalklasse der versicherten Deckungsvariante 1 oder 2, so hat er 30 Prozent, bei Behandlung in der übernächsthöheren 60 Prozent der Kosten selber zu tragen. Für Akutspitalaufenthalte in der Schweiz hat der Versicherte die Möglichkeit, den Nachweis zu erbringen, dass die Kosten der versicherten Abteilung höher gewesen wären als die nach der Reduktion ausgerichteten Leistungen. In diesem Fall erbringt *innova* die Leistungen im Rahmen der nachgewiesenen Höhe.

E4 Kostenanteil

- Bei Aufhalten in einem Akutspital wird allen Versicherten mit Deckungsvariante 1, 2 oder 3 pro Spitaltag ein Beitrag von 10 Franken an die Verpflegung in Abzug gebracht.
- Der Versicherte mit Deckungsvariante 4 hat folgenden Kostenanteil pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr und gewähltem Zimmer zu übernehmen:

| | |
|-----------------|-------------|
| Mehrbett-Zimmer | 10 Franken |
| Zweibett-Zimmer | 75 Franken |
| Einbett-Zimmer | 200 Franken |
- Bei Akutspitalaufhalten von Personen bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr in einem Mehrbett-Zimmer wird kein Kostenanteil in Abzug gebracht.

E5 Ausland

Für einen notfallmässigen Aufenthalt im Ausland werden die Leistungen im Rahmen der gewählten Deckungsvariante übernommen. Bestehen keine analogen Einteilungskriterien, erfolgt die Rückerstattung nach den Ansätzen der Versicherung entsprechenden oder am nächsten kommenden Spitalabteilung.

E6 Leistungen bei Mutterschaft

Bei Hausgeburten oder bei einem Spitalaustritt von Mutter und Kind innerhalb von drei Nächten (das Kriterium der Nacht ist erfüllt, wenn sich die Mutter um Mitternacht, 0:00 Uhr, im Spital befindet), richtet *innova* die folgende Entschädigung aus:

Deckungsvariante 1: 450 Franken

Deckungsvariante 2: 600 Franken

Deckungsvariante 3: 800 Franken

Deckungsvariante 4: 600 Franken

E7 Second opinion

Die Versicherten können auf Kosten von *innova* vor einer Operation die Zweitmeinung (Second opinion) eines weiteren Arztes oder Spezialisten einholen. Auf dieser Leistung wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

E8 Besondere Heilanstalten

Akutaufenthalt in einer besonderen Heilanstalt (psychiatrische und geriatrische Kliniken, psychiatrische und geriatrische Abteilungen von Heilanstalten, Mehrzwecksanatorien und medizinische Rehabilitationsstationen).

Leistung: 100 Franken pro Tag während maximal 90 Tagen pro Kalenderjahr.

E9 Kuren

- Ärztlich verordnete Bade- und Erholungskuren in einer Kuranstalt gemäss Liste von *santésuisse* (Branchenverband schweizerischer Krankenversicherer).

Leistung im Rahmen der versicherten Deckungsvariante während längstens 21 Tagen pro Kalenderjahr:

| | |
|--------------------|--------------------|
| Deckungsvariante 1 | 20 Franken pro Tag |
| Deckungsvariante 2 | 40 Franken pro Tag |
| Deckungsvariante 3 | 60 Franken pro Tag |
| Deckungsvariante 4 | 20 Franken pro Tag |

- Voraussetzung für die Ausrichtung der Badekurleistung ist, dass sich die versicherte Person einer ärztlichen Ein- und Austrittsvisite und bei Badekuren intensiven balneologischen und physiotherapeutischen Massnahmen unterzieht.
- Die ärztliche Kurverordnung ist *innova* 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

E10 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

- innova* übernimmt die Kosten für stationäre Behandlungen und Operationen nach stationären Ansätzen nur aufgrund medizinischer Notwendigkeit und nur für jene(s) Spital oder Spitalabteilung, in welche(s) die versicherte Person aus medizinischen Gründen gehört.
- Ausnahmen müssen mit medizinischen oder sozialen Risikofaktoren begründet sein und *innova* vorgängig zur Bewilligung eingereicht werden.
- Für Operationen und Aufenthalte, welche aus medizinischer und sozialer Indikation keine stationäre Infrastruktur erfordern, werden keine Leistungen für stationäre Behandlungen aus dieser Spitalzusatzversicherung ausgerichtet.

E11 Versicherungsvarianten mit Spitalwahl- und Arztwahlbeschränkung oder -ausdehnung

innova kann Versicherungsvarianten anbieten, welche gegen abweichende Prämien auf Antrag des Versicherten die Spital- und Arztwahl einschränken oder ausdehnen. *innova* führt eine Liste, aus welcher ersichtlich ist, welche Spitäler und Ärzte ausgewählt werden können. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei *innova* eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.