

# Zusatzbedingungen (ZB) zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) *sanvita*

Ausgabe 1. Januar 2016

## Inhaltsverzeichnis

### Leistungseinschränkung Begleitende Dienstleistungen

#### **B plus Zusatzversicherung Krankenpflege für Nichtraucher**

- B1 Sterilisation
- B2 Zahnbehandlungen
- B3 Transporte
- B4 Ohrenkorrekturen
- B5 Brillengläser, Kontaktlinsen
- B6 Hilfsmittel
- B7 Gesundheitsförderung
- B8 Diätberatung
- B9 Haushaltshilfe
- B10 Vorsorge
- B11 Komplementärmedizin
- B12 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel
- B13 Auslandbehandlungen

#### **C Spitalzusatzversicherung für Nichtraucher**

- C1 Versicherungsdeckung
- C2 Akutspitäler
- C3 Kürzung
- C4 Kostenanteil
- C5 Ausland
- C6 Leistungen bei Mutterschaft
- C7 Second opinion
- C8 Besondere Heilanstalten
- C9 Kuren
- C10 Wirtschaftlichkeit der Behandlung
- C11 Versicherungsvarianten mit Spitalwahl- und  
Arztwahl einschränkung oder -ausdehnung

#### Leistungseinschränkung

- 1 Krankheiten, bei denen das Rauchen von Tabakwaren nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Ursache oder Teilursache für deren Entstehung darstellt oder die durch das Rauchen wesentlich intensiviert werden, sind aus der *sanvita* nicht gedeckt. Dies gilt

insbesondere (keine abschliessende Aufzählung) für nachstehende Krankheiten: Thrombangiitis obliterans (Bürgerkrankheit), Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs, Speiseröhrenkrebs, Zungenkrebs, chronische Bronchitis, periphere arterielle Verschlusskrankheit.

- 2 Der Versicherte ist verpflichtet, auf Verlangen von *innova* und auf deren Kosten diejenigen Abklärungen auf sich zu nehmen, welche es ermöglichen, einen allfälligen Zusammenhang einer Krankheit mit dem Rauchen von Tabakwaren zu klären. Verletzt ein Versicherter diese Mitwirkungspflichten, so kann *innova* ihre Leistungen kürzen oder gänzlich verweigern.

### **B plus Zusatzversicherung Krankenpflege für Nichtraucher**

#### **B1 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).

#### **B2 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 Krankenpflegeversicherung (OKP) gültigen Tarif. Die Leistungen werden nur gewährt für krankheitsbedingte Behandlungen in der Schweiz und in den unmittelbar an die Schweiz angrenzenden Ländern.

#### **B3 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 gewerbmässige Kranken- und Unfalltransporte ausgeführt wird.

#### **B4 Ohrenkorrekturen**

Korrekturen abstehender Ohren.

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

#### **B5 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.

#### **B6 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.

#### **B7 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.

#### **B8 Diätberatung**

- 1 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.

#### **B9 Haushaltshilfe**

Ärztlich verordnete Haushaltshilfe durch familienfremdes, ausgebildetes 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 Verdienstaustauschfall entsteht. Die Leistung beträgt in solchen Fällen 50 Franken pro Tag, im Maximum während 14 Tagen pro Kalenderjahr.

#### **B10 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.

#### **B11 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 Therapiefomen. 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.

#### **B12 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.

#### **B13 Auslandbehandlungen**

Ambulante ärztliche Behandlung durch diplomierten Arzt.

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

# C Spitalzusatzversicherung für Nichtraucher

## C1 Versicherungsdeckung

- Die Spitalzusatzversicherung umfasst vier Deckungsvarianten:
  - Allgemeine Abteilung Akutspital: Mehrbett-Zimmer
  - Halbprivate Abteilung Akutspital: Zweibett-Zimmer
  - Private Abteilung Akutspital: Einbettzimmer
  - switch*: frei wählbare Zimmerklasse bei Eintritt ins Akutspital.
- Aus der Spitalzusatzversicherung werden nur die Aufenthalts- und Behandlungskosten in denjenigen Spitalabteilungen von Spitälern übernommen, die in den kantonalen Planungs- und Spitallisten 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.**
- Aus der Spitalzusatzversicherung werden nur Arzthonorare (inkl. Narkose- und Assistenzarzt) von Ärzten übernommen, welche gemäss KVG Artikel 44 nicht in den Ausstand getreten sind.

## C2 Akutspitäler

- Bei medizinisch notwendiger, stationärer Behandlung in Akutspitälern 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, Operationsaalbenützung, Medikamente, Verbandsmaterial, Wache und Desinfektion. Liegt keine vertragliche Regelung mit dem Akutspital vor, bemessen sich die Leistungen nach dem von *innova* festgelegten Rückerstattungstarif. Grundlagen 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 C4 wird hiervon in Abzug gebracht.
- Kennt ein Akutspital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Zusatzbedingungen genannten (Artikel C1 Absatz 1), so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt.
- Die Spitaldeckung gilt weltweit.

## C3 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.

## C4 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 Akutspitalaufenthalten von Personen bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr in einem Mehrbett-Zimmer wird kein Kostenanteil in Abzug gebracht.

## C5 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 der Versicherung entsprechenden oder am nächsten kommenden Spitalabteilung.

## C6 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

## C7 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.

## C8 Besondere Heilanstalten

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

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

## C9 Kuren

- Ärztlich verordnete Bade- und Erholungskuren in einer Kuranstalt gemäss Liste 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.

## **C10 Wirtschaftlichkeit der Behandlung**

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

## **C11 Versicherungsvarianten mit Spitalwahl- und Arztwahl einschränkung oder -ausdehnung**

*innova* kann Versicherungsvarianten anbieten, welche gegen abweichende Prämien, auf Antrag des Versicherten die Spital- und die 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.