

Zusatzbedingungen (ZB) zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) *sanvita* - Krankenzusatzversicherung für Nichtraucher

Ausgabe 1. Januar 2019

Inhaltsverzeichnis

Leistungseinschränkung Krankenzusatzversicherung für Nichtraucher

plus Zusatzversicherung Krankenpflege für Nichtraucher

- 1 Sterilisation
- 2 Zahnbehandlungen
- 3 Transporte
- 4 Ohrenkorrekturen
- 5 Brillengläser, Kontaktlinsen
- 6 Hilfsmittel
- 7 Gesundheitsförderung
- 8 Diätberatung
- 9 Haushaltshilfe
- 10 Vorsorge
- 11 Komplementärmedizin
- 12 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel
- 13 Auslandbehandlungen

Spitalzusatzversicherung für Nichtraucher

- 14 Versicherungsdeckung und Leistungseinschränkung
- 15 Akutspitäler
- 16 Kürzung
- 17 Kostenanteil
- 18 Ausland
- 19 Assistance Dienstleistung bei medizinischen Notfällen im Ausland
- 20 Leistungen bei Mutterschaft
- 21 Second opinion
- 22 Besondere Heilanstalten
- 23 Kuren
- 24 Wirtschaftlichkeit der Behandlung
- 25 Versicherungsvarianten mit Spitalwahl- und Arztwahl-einschränkung oder -ausdehnung

Leistungseinschränkung Krankenzusatzversicherung für Nichtraucher

- 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.

plus Zusatzversicherung Krankenpflege für Nichtraucher

1 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).

2 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.

3 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.

4 Ohrenkorrekturen

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

5 Brillengläser, Kontaktlinsen

Brillengläser und Kontaktlinsen, die zur Sehkorrektur benötigt werden.
Deckungsvariante 1: keine Leistungen.
Deckungsvariante 2: Bis zum zurückgelegten 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.

6 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.

7 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.

8 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.

9 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 Verdienstausschlag entsteht. Die Leistung beträgt in solchen Fällen 50 Franken pro Tag, im Maximum während 14 Tagen pro Kalenderjahr.

10 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.

11 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.

12 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.

13 Auslandbehandlungen

Ambulante ärztliche Behandlung durch diplomierten Arzt.

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

Spitalzusatzversicherung für Nichtraucher

14 Versicherungsdeckung und Leistungseinschränkung

- Die Spitalzusatzversicherung umfasst vier Deckungsvarianten:
 - Allgemeine Abteilung Akutspital: Mehrbett-Zimmer
 - Halbprivate Abteilung Akutspital: Zweibett-Zimmer
 - Private Abteilung Akutspital: Einbett-Zimmer
 - switch*: frei wählbare Zimmerklasse bei Eintritt ins Akutspital.
- Aus der Spitalzusatzversicherung werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in denjenigen Spitalabteilungen von Akutspitälern 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 die Aufenthalts- und Behandlungskosten gemäss gültiger vertraglicher Regelung (Tarife für VVG-Mehrleistungen) zwischen *innova* und dem Akutspital übernommen. Liegt keine vertragliche Regelung zwischen *innova* und dem Akutspital vor, kann *innova* einen Maximaltarif festlegen. Dieser legt die von *innova* maximal übernommenen Kosten für Aufenthalt und Behandlung im Akutspital fest. Grundlage für den festgelegten Maximaltarif bilden die von *innova* vergleichbaren anerkannten Tarife für VVG-Mehrleistungen mit anderen Akutspitälern. Die Liste der Akutspitäler, mit welchen keine vertragliche Regelung besteht und der jeweils festgelegte Maximaltarif, können auf der Website von *innova* eingesehen werden. Bei Anwendung eines Maximaltarifes informiert *innova* die Versicherten vor Spitaleintritt über den Umfang der übernommenen Kosten. Der Kostenanteil gemäss Artikel 17 wird vom Maximaltarif in Abzug gebracht.**
- Aus der Spitalzusatzversicherung werden nur Arzthonorare (inkl. Narkose- und Assistenzarzt) von Ärzten übernommen, welche gemäss KVG Artikel 44 nicht in den Ausstand getreten sind.

15 Akutspitäler

- Bei medizinisch notwendiger, stationärer Behandlung in Akutspitälern werden die Kosten (gemäss Artikel 14) für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Rahmen der versicherten Deckungsstufe zeitlich und betragsmässig unbeschränkt übernommen.
- innova* bezahlt die Aufenthalts- und Behandlungskosten (gemäss Artikel 14) 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.

3

- Kennt ein Akutspital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Zusatzbedingungen genannten (Artikel 14 Absatz 1), so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt.
- Die Spitaldeckung gilt weltweit.

16 Kürzung

Für Aufenthalte in einer anderen als der versicherten Abteilung übernimmt *innova* nach Abzug der Grundversicherungsleistungen folgende Kosten:

Versichert für:	Aufenthalt in:	Leistungen in %:
Allgemeine Abteilung	Halbprivate Abteilung	60 Prozent
Allgemeine Abteilung	Private Abteilung	30 Prozent
Halbprivate Abteilung	Private Abteilung	70 Prozent

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.

17 Kostenanteil

- Bei Aufenthalten 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.

18 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.

19 Assistance Dienstleistung bei medizinischen Notfällen im Ausland

Die Assistance Dienstleistung (telefonische Beratung und Organisation von Verlegung sowie Repatriierung bei medizinischen Notfällen im Ausland) ist in allen Spitalzusatzversicherungen eingeschlossen und fakultativ nutzbar. Die Kontaktinformationen sind auf der Versichertenkarte oder der *innova*-Website ersichtlich.

20 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

21 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.

22 Besondere Heilanstalten

Ein Akut- oder Übergangsaufenthalt in einer besonderen Heilanstalt (psychiatrische, geriatrische und palliative Kliniken, psychiatrische, geriatrische und palliative Abteilungen von Heilanstalten, Mehrzwecksanatorien und medizinische Rehabilitationsstationen) setzt eine medizinische Notwendigkeit, mit dem Ziel der Rückkehr des Versicherten zu jenem Zustand, in dem sich der Versicherte vor dem Aufenthalt befand, voraus (Aufenthalte in palliativen Kliniken resp. Abteilungen sind vom Ziel der Rückkehr des Versicherten zu jenem Zustand, in dem sich er Versicherte vor dem Aufenthalt befand, ausgenommen. Leistungen werden im Rahmen einer Übergangspflege von 14 Tagen erbracht).

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

23 Kuren

- 1 Ärztlich verordnete Bade- und Erholungskuren in einer Kuranstalt gemäss Liste des Verbandes Heilbäder und Kurhäuser Schweiz.

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

- 2 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.
- 3 Die ärztliche Kurverordnung ist *innova* 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

24 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.

25 Versicherungsvarianten mit Spitalwahl- und Arztwahlbeschränkung oder -ausdehnung

innova kann Versicherungsvarianten anbieten, welche gegen abweichende Prämien und/oder Kostenbeteiligungen, 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.