
s-care BASIC

Zusatzversicherung für ambulante Behandlungen und stationäre Behandlungen
der allgemeinen Abteilung in allen Vertragsspitalern der Schweiz

Zusatzbedingungen (ZB) Sanitas Corporate Private Care

Ausgabe Januar 2005 (Fassung 2013)

sanitas

Zweck und Grundlagen

Aus s-care BASIC werden die Kosten gemäss den nachfolgenden Bestimmungen bezahlt. Vergütet werden die Kosten im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG und der anderen Sozialversicherungen gemäss Ziffer 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Das Unfallrisiko kann für die Leistungen gemäss Ziffer 1 dieser Bestimmungen nicht ausgeschlossen werden. Für die Leistungen gemäss Ziffer 2 dieser Bestimmungen kann das Unfallrisiko mitversichert werden.

Grundlage dieser Zusatzbedingungen (ZB) bilden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für Zusatzversicherungen nach VVG, Ausgabe Januar 2005.

1 Ambulante Leistungen

1.1 Ärztliche Behandlungen in der ganzen Schweiz

Versichert sind die Kosten von ambulanten ärztlichen Behandlungen ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes nach anerkanntem Tarif. Voraussetzung ist die Behandlung durch Ärzte, welche gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) anerkannt sind und gemäss KVG abrechnen (Tarifschutz nach Art. 44 KVG).

1.2 Ambulante Behandlungen im Ausland bei Notfällen

Versichert sind 90 % der Behandlungskosten bei Notfällen im Ausland. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf ambulante Behandlungen durch Ärzte und auf ambulante Behandlungen nach ärztlicher Verordnung.

1.3 Alternativmedizin

Versichert sind 80 % der Kosten (Untersuchungen, Therapien, abgegebene Medikamente), maximal CHF 5000.– (stationäre Leistungen maximal CHF 1000.–) pro Kalenderjahr, von Behandlungen, welche nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durchgeführt werden von

- Ärzten;
- Apothekern mit entsprechender Zusatzausbildung;
- kantonally zugelassenen Naturheilärzten;
- Naturheilpraktikern NVS (Vollmitglied) und FSPN.

Sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt, werden Leistungen im erwähnten Umfang auch bei anderen, entsprechend ausgebildeten Therapeuten erbracht.

1.4 Psychotherapie

Versichert sind 80 % der Kosten, maximal CHF 500.– pro Kalenderjahr, von ärztlich verordneter Psychotherapie, welche durch selbständige Psychotherapeuten durchgeführt wird.

1.5 Medikamente

Versichert sind weltweit 90 % der Kosten von ärztlich verordneten, nichtpflichtigen Medikamenten, sofern das betreffende Medikament bei Swissmedic (Schweizerisches Heilmittelinstitut) für die in Frage stehende Indikation registriert ist.

Sanitas führt eine Liste von Medikamenten, für welche keine Kosten vergütet werden. Diese Liste wird laufend aktualisiert und kann bei Sanitas eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

Nicht versichert sind Medikamente der Alternativmedizin, welche gemäss Ziffer 1.3 versichert sind.

1.6 Mutterschaft

Versichert sind über die Versicherung der Mutter 80 % der Kosten, gesamthaft maximal CHF 1000.– pro Kalenderjahr, für folgende Mutterschaftsleistungen:

- Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft (inkl. 1 Ultraschall-Untersuchung)
- Schwangerschafts- und Rückbildungsturnen sowie Geburtsvorbereitungskurs
- Milchersatz für das Kind bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres bei Unverträglichkeit von natürlicher Milch, sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt und für das Kind diese Versicherung ebenfalls besteht

1.7 Prävention – Prophylaxe

Versichert sind 80 % der Kosten, maximal CHF 1000.– pro Kalenderjahr, für folgende Präventionsmassnahmen:

- Impfungen
- Check-ups, 80 %, maximal CHF 500.– pro Kalenderjahr (inkl. 1 HIV-Test pro Kalenderjahr)
- gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen (inkl. 1 Mammographie pro Kalenderjahr)
- Unterbindungen (Vasektomie/Sterilisation)
- Rückenschulen durch diplomierte Physiotherapeuten auf ärztliche Verordnung
- Raucherentwöhnung auf ärztliche Verordnung

1.8 Brillen oder Kontaktlinsen

Versichert sind weltweit die folgenden Leistungen für Brillen (inkl. Fassung) oder Kontaktlinsen, die zur Sehkorrektur notwendig sind:

- für Erwachsene maximal CHF 300.– alle 3 Kalenderjahre
- für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr maximal CHF 200.– pro Kalenderjahr

1.9 Zahnärztliche Behandlungen

Versichert sind die folgenden Leistungen für zahnärztliche Behandlungen:

- 75 % der Kosten für kieferorthopädische Behandlungen bis zum vollendeten 20. Altersjahr

- maximal CHF 100.– pro Zahn bei Entfernung von Weisheitszähnen
- Kosten von zahnärztlich verordneten Medikamenten

1.10 Therapeutische Hilfsmittel

Versichert sind 80 % der Kosten, maximal CHF 500.– pro Kalenderjahr, für Miete oder Kauf von ärztlich verordneten therapeutischen Hilfsmitteln (ausgenommen Brillen und Kontaktlinsen).

1.11 Kosmetische Eingriffe

Versichert sind 80 % der Kosten von folgenden kosmetischen Eingriffen, sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt:

- Brustoperationen
- Narbenkorrekturen
- Korrekturoperationen von abstehenden Ohren

Ambulante Behandlungen werden nach KVG-Tarif übernommen.

Stationäre Behandlungen werden maximal nach dem Tarif der allgemeinen Abteilung eines Akutspitals im Wohnkanton mit kantonalem Leistungsauftrag nach Art. 39 KVG übernommen. Bei Grenzgängern ist der Kanton massgebend, in welchem der Arbeitgeber seinen Sitz hat.

1.12 Begleitpersonen bei Spitalaufenthalt

Versichert sind 80 % der folgenden Aufenthaltskosten im Spital, maximal CHF 2000.– pro Kalenderjahr:

- über die Versicherung des Kindes die Aufenthaltskosten eines Elternteils bei einem stationären Spitalaufenthalt eines Kindes bis zum vollendeten 5. Altersjahr
- über die Versicherung der Mutter die Aufenthaltskosten eines zu stillenden Kindes bei einem stationären Spitalaufenthalt der Mutter

2 Stationäre Leistungen

2.1 Begriffe

Als Akutspitäler gelten Heilanstalten und Kliniken, die ärztlich geleitet und überwacht werden und ausschliesslich akut erkrankte oder verunfallte Personen aufnehmen. Als Akutspitäler in diesem Sinne gelten auch Kliniken für Geburtshilfe, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken.

Nicht als Akutspitäler gelten Kurhäuser, Altersheime, Pflegeheime, Chronischkrankenheime und andere nicht zur Behandlung von Akutkranken vorgesehene Einrichtungen.

Als Vertragsspitäler gelten Akutspitäler mit kantonalem Leistungsauftrag nach Art. 39 KVG oder Spitäler, die mit

Sanitas einen Tarifvertrag für die entsprechende Abteilung abgeschlossen haben. Die Liste der Vertragsspitäler kann bei Sanitas eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

Ein stationärer Spitalaufenthalt liegt vor, wenn die Aufenthaltsdauer mindestens 24 Stunden beträgt.

Eine Akutbehandlung ist eine Behandlung, bei der eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann.

2.2 Spitalaufenthalt in der Schweiz

Versichert sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten bei stationären Akutbehandlungen auf der allgemeinen Abteilung in allen Vertragsspitalern der Schweiz.

Bei Aufenthalt auf der halbprivaten oder privaten Abteilung (oder auf der allgemeinen Abteilung ohne Tarifbindung) werden höchstens CHF 50.– pro Tag an Aufenthalts- und Pfl egetaxen sowie CHF 2000.– Behandlungskosten pro Kalenderjahr übernommen, jedoch nur in Spitälern, die auf den nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitallisten der Kantone aufgeführt sind. Diese Leistung wird auch dann ausgerichtet, wenn das betreffende Spital eine allgemeine Abteilung mit Vertrag führt.

2.3 Spitalaufenthalte im Ausland bei Notfällen

Behandlungs- und Aufenthaltskosten in der Privatabteilung (1-Bett-Zimmer) bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt bis maximal 12 Monate. Leistungsdauer höchstens 60 Spitaltage.

2.4 Psychiatrische Kliniken

Bei stationären Akutbehandlungen in einer psychiatrischen Klinik oder auf einer psychiatrischen Spezialabteilung werden die Kosten gemäss Ziffer 2.2 während gesamthaft 90 Tagen bezahlt.

Ab dem 91. Tag werden die Behandlungskosten sowie CHF 20.– pro Tag an die Aufenthalts- und Pflegekosten bezahlt. Im AHV-Alter werden diese Leistungen noch während maximal 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen bezahlt.

Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken im Ausland im Rahmen der Leistungen von Ziffer 2.3 werden an die Leistungsdauer angerechnet.

2.5 Pflegeheime und Chronischkrankenheime

Bei Aufenthalt in einem Pflege- oder Chronischkrankenheim werden folgende Leistungen bezahlt:

- bis 180. Tag: CHF 20.– pro Tag an Aufenthalts- und Pflegekosten sowie die Behandlungskosten

- ab 181. bis 540. Tag: CHF 10.– pro Tag an Aufenthalts- und Pflegekosten sowie die Behandlungskosten

Danach werden keine Leistungen mehr bezahlt.

2.6 Geburtshäuser

Bei Wochenbettaufenthalten in anerkannten Geburtshäusern werden die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten übernommen. Eine entsprechende Liste kann bei Sanitas verlangt werden.

2.7 Leistungen für Neugeborene

Die Kosten für den Spitalaufenthalt des gesunden Kindes werden aus der Versicherungsdeckung der Mutter bezahlt, solange es zusammen mit der Mutter hospitalisiert ist.

2.8 Krankenpflege zu Hause

Bei medizinischer Notwendigkeit und nach ärztlicher Verordnung werden an die Kosten für Krankenpflege zu Hause aufgrund detaillierter Rechnungen mit Kalendarium während maximal 90 Tagen pro Kalenderjahr maximal folgende Leistungen bezahlt:

- CHF 20.– pro Tag für Krankenpflege zu Hause durch diplomierte Krankenschwestern oder Krankenpfleger. Bei Pflege durch andere Personen besteht ein Anspruch auf diese Leistungen, wenn ihnen ein nachweisbarer Erwerbsausfall in diesem Rahmen entsteht
- Bei Niederkunft werden die erwähnten Leistungen während maximal 14 Tagen innerhalb eines Monats nach der Niederkunft bezahlt und an die maximale Leistungsdauer angerechnet

Insgesamt werden pro Kalenderjahr maximal CHF 1800.– an die Kosten für Krankenpflege zu Hause bezahlt.

2.9 Haushalthilfe

Bei medizinischer Notwendigkeit und nach ärztlicher Verordnung werden an die Kosten für Haushalthilfe aufgrund detaillierter Rechnungen mit Kalendarium folgende Leistungen bezahlt:

- CHF 25.– pro Stunde für Haushalthilfe durch eine nicht im gleichen Haushalt lebende Person. Anspruch auf diese Leistung hat die den Haushalt führende versicherte Person unmittelbar nach einem Spitalaufenthalt
- Bei Niederkunft werden die erwähnten Leistungen während maximal 14 Tagen innerhalb eines Monats nach der Niederkunft bezahlt und an die maximale Leistungsdauer angerechnet

Insgesamt werden pro Kalenderjahr maximal CHF 500.– an die Kosten für Haushalthilfe ausgerichtet.

2.10 Kuren

An die Kosten von Kuren werden maximal die folgenden Leistungen bezahlt:

- CHF 50.– (bei Badekuren inkl. Beitrag KVG) pro Tag während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr bei stationären Badekuren in nach Art. 40 KVG anerkannten Heilbädern in der Schweiz oder in Heilbädern in Abano und Montegrotto (Italien) sowie bei Erholungskuren in ärztlich geleiteten oder überwachten Kurhäusern in der Schweiz (nach schweren Erkrankungen oder unmittelbar nach grösseren operativen Eingriffen). Bei Erholungskuren in der Schweiz werden zusätzlich 90 % der Kosten für Arzt und Arznei und für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige Therapien vergütet
- CHF 100.– pro Tag während maximal 28 Tagen pro Kalenderjahr für Kuren am Toten Meer in Israel oder Jordanien zur Behandlung von Psoriasis (Schuppenflechte) oder Vitiligo (Scheckhaut)

Es steht Sanitas frei, vor Antritt einer Kur eine vertrauensärztliche Untersuchung anzuordnen.

Pro Kalenderjahr wird maximal eine Kur im erwähnten Umfang bezahlt.

2.11 Reise- und Transportkosten, Rettungs- und Suchaktionen

Bezahlt werden gesamthaft maximal CHF 10000.– pro Kalenderjahr für:

- Reisekosten bei auswärtigen Bestrahlungen, Chemotherapien oder Hämodialysen. Es werden maximal die Kosten des öffentlichen Verkehrsmittels übernommen (Billett 2. Klasse)
- Nottransporte zum nächsten Arzt oder in das für die geeignete Behandlung nächstgelegene Spital sowie medizinisch notwendige Verlegungstransporte durch Ambulanzen
- Rettungs- und Suchaktionen von akut erkrankten oder verunfallten Personen

2.12 Prämienentlass bei Tod oder Invalidität

Die folgenden Versicherungsleistungen gelten nur bei Versicherungsbeginn und bei Schadenereignis vor dem 1. Januar 2005.

Tod oder Invalidität eines Elternteils

Bereits bei Sanitas versicherten Kindern werden die Prämien für alle bestehenden Zusatzversicherungen bis und mit dem Kalenderjahr, in welchem das 18. Altersjahr vollendet wird, erlassen:

- bei Tod eines bei Sanitas vorher für die Krankenpflegeversicherung nach KVG versicherten Elternteils
- bei dauernder Invalidität eines bei Sanitas für die Krankenpflegeversicherung nach KVG versicherten Elternteils, sofern für diesen gemäss den Bestimmungen der IV eine ganze Rente bezahlt wird

Der Erlass der Prämie ist unter Beilage der betreffenden amtlichen Dokumente (Todesschein, Rentenverfügung der IV) schriftlich zu beantragen.

Trifft der Antrag später als 1 Jahr nach dem Tod bzw. nach Erhalt der Rentenverfügung der IV bei Sanitas ein, werden die Prämien ab jenem Monat erlassen, in welchem der Antrag bei Sanitas eintrifft.

Bei Wiederverheiratung oder Verminderung des Invaliditätsgrades des invaliden Elternteils, die Sanitas umgehend schriftlich zu melden ist, erlischt der Anspruch auf Erlass der Prämie ab dem der Änderung folgenden Monat. Bei verspäteter Meldung werden die Prämien nachbelastet.

Invalidität eines Mitarbeiters

Bei voraussichtlicher dauernder Erwerbsunfähigkeit eines Mitarbeiters infolge von Invalidität, die während der Versicherungsdauer eingetreten sind, wird die Zusatzversicherung bis zur Erreichung des AHV-Alters prämienfrei weitergeführt. Bei Teilinvalidität ab 25 % wird die Prämie im Ausmass des Invaliditätsgrades reduziert. Massgebend für die Höhe des Invaliditätsgrades ist der Entscheid der Pensionskasse. Versicherungsschutz besteht nur für Ereignisse, welche nach Versicherungsbeginn eingetreten sind.

3 Verschiedenes

3.1 Leistungsvoraussetzungen und Pflichten

Die bei Spitalaufenthalt versicherten Leistungen werden bezahlt, solange aufgrund der medizinischen Indikation eine Akutspitalbedürftigkeit besteht.

Der Eintritt in ein Spital ist Sanitas unverzüglich, spätestens aber innert 4 Tagen mitzuteilen. Wird eine Kostengutsprache verlangt, hat die Meldung an Sanitas 2 Wochen vor dem Eintritt zu erfolgen.

Wird die Wahlmöglichkeit in Anspruch genommen und die halbprivate oder private Abteilung gewählt, hat die Mitteilung an Sanitas ausser bei Notfällen 2 Wochen vor Spitaleintritt zu erfolgen.

Die Kurleistungen werden nur bezahlt, wenn

- die Kuren medizinisch notwendig und im Rahmen einer ärztlichen Behandlung von einem in der Schweiz zugelassenen Arzt verordnet worden sind;
- die Kurverordnung 2 Wochen vor Antritt einer Kur bei Sanitas eintrifft.

Bei Badekuren werden die Leistungen zudem nur bezahlt, wenn ambulante Therapien nicht erfolversprechend und zweckdienlich sind und während der Kur therapeutische Massnahmen erfolgen.

3.2 Leistungsausschluss

In Ergänzung zu den Leistungsausschlüssen gemäss Ziffer 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) werden aus dieser Zusatzversicherung keine Leistungen bezahlt für Behandlungen (z.B. Organtransplantationen), für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) Fallpreispauschalen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG vereinbart hat.

3.3 Anerkennung von Leistungserbringern

Bei Behandlungen in der Schweiz werden nur Rechnungen von Personen mit eidgenössischem oder kantonalem Diplom oder mit einer entsprechenden kantonalen Berufsausübungs-Bewilligung anerkannt.

3.4 Wechsel zu h-care

Auf Ende Jahr kann zur Produktlinie h-care mit folgender Bedingung gewechselt werden:

- zu h-care COMFORT, h-care PRIVATE und h-care ROYAL mit Gesundheitsprüfung bis zur Vollendung des 60. Altersjahres

