
h-care COMFORT

Zusatzversicherung für ambulante Behandlungen und stationäre Behandlungen
der halbprivaten Abteilung 2-Bett-Zimmer

Zusatzbedingungen (ZB) Sanitas Corporate Private Care

Ausgabe Januar 2005 (Fassung 2015)

Zweck und Grundlagen

Kategorie h-care COMFORT ist ein Produkt, welches Sanitas in Zusammenarbeit mit der Privatklinikgruppe Hirslanden und deren Partnerkliniken anbietet. Unter Hirslanden Healthline besteht ein zusätzliches Dienstleistungsangebot. Detailinformationen erhält der Versicherte direkt.

Aus h-care COMFORT 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

Volle Kostenübernahme bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt, abzüglich der in der Krankenpflegeversicherung nach KVG gewählten Franchise und des gesetzlichen Selbstbehaltes.

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.

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 in einem 2-Bett-Zimmer der Privatkliniken Hirslanden und deren Partnerkliniken. Die ärztlichen Behandlungen sind durch einen für das Produkt h-care akkreditierten Arzt durchzuführen. Eine entsprechende Spital- und Ärzteliste kann bei Sanitas und der Privatklinikgruppe Hirslanden via Healthline bezogen werden.

Erfolgt eine Akutbehandlung (Wahleingriff) nicht durch die oben erwähnten Leistungserbringer, kommt der in der Police ersichtliche Jahresselbstbehalt zur Anwendung. Die Versicherungsdeckung besteht in einem 2-Bett-Zimmer der Halbprivatabteilung. In Spitälern, die nicht auf der kantonalen Liste aufgeführt sind, werden zusätzlich die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen.

Bei einem Notfall sind die Kosten des nächstgelegenen geeigneten Spitals in der Halbprivatabteilung versichert. Der Jahresselbstbehalt kommt nicht zur Anwendung.

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 180 Spitaltage.

2.4 Spitalaufenthalt im Ausland bei geplanten Behandlungen

Bei geplanten stationären Akutbehandlungen im Ausland werden an die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten während 180 Spitaltagen innerhalb von 360 aufeinander folgenden Tagen maximal CHF 1000.– pro Tag bezahlt (Zustimmung von Sanitas vorausgesetzt). Der in der Police ersichtliche Jahresselbstbehalt wird verrechnet.

2.5 Psychiatrische Kliniken

Bei stationären Akutbehandlungen in einer psychiatrischen Klinik oder auf einer psychiatrischen Spezialabteilung werden die Kosten gemäss Ziffer 2.2 während 120 Tagen bezahlt.

Ab dem 121. Tag werden die Behandlungskosten sowie CHF 100.– pro Tag an die Aufenthalts- und Pfl egetaxen bezahlt. Im AHV-Alter werden diese Leistungen noch während maximal 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen bezahlt.

In psychiatrischen Kliniken oder auf psychiatrischen Spezialabteilungen ohne kantonalen Leistungsauftrag werden die Kosten, die in einem Spital mit kantonalem Leistungsauftrag von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen würden, ab dem 121. Tag noch während gesamthaft 600 Tagen zusätzlich zu den Leistungen gemäss Ziffer 2.2 bezahlt.

Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken im Ausland im Rahmen der Leistungen von Ziffern 2.3 und 2.4 werden an die Leistungsdauer angerechnet.

2.6 Pflegeheime und Chronischkrankenheime

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

- bis 180. Tag: CHF 100.– pro Tag an Aufenthalts- und Pflegekosten sowie die Behandlungskosten
- ab 181. bis 540. Tag: CHF 50.– pro Tag an Aufenthalts- und Pflegekosten sowie die Behandlungskosten

Danach werden keine Leistungen mehr bezahlt.

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 Besondere private Auslagen

Für belegte besondere private Auslagen, die in direktem Zusammenhang mit einem stationären Spitalaufenthalt stehen (Taxispesen für Ein- und Austritt, Telefonspesen usw.), vergütet Sanitas CHF 100.– pro Aufenthalt.

2.9 Krankenpflege zu Hause

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

- während 90 Tagen pro Kalenderjahr höchstens CHF 50.– pro Tag an Hauskrankenpflege durch diplomierte Krankenschwestern oder Krankenpfleger
- CHF 50.– pro Tag an Hauspflege durch andere Personen. Darunter fallen auch Verwandte sowie Personen, die mit Versicherten in Hausgemeinschaft leben und wegen der Pflege nachweisbar einen Erwerbsausfall in diesem Rahmen erleiden

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 5000.– an die Kosten für Krankenpflege zu Hause bezahlt.

2.10 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 oder während ambulanter Behandlungen, sofern ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann
- 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 750.– an die Kosten für Haushalthilfe ausgerichtet.

2.11 Kuren

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

- CHF 100.– (bei Badekuren inkl. Beitrag KVG) pro Tag während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr bei stationären Badekuren (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 130.– 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.

2.12 Reise- und Transportkosten, Rettungs- und Suchaktionen

Bezahlt werden gesamthaft maximal CHF 20000.– pro Kalenderjahr für:

- Reisekosten bei auswärtigen Bestrahlungen, Chemotherapien oder Hämodialysen. Es werden (auch bei Autotransport) maximal die Kosten des öffentlichen Verkehrsmittels übernommen (Billett 1. Klasse)
- Nottransporte zum nächsten Arzt oder in das für die geeignete Behandlung nächstgelegene Spital sowie medizinisch notwendige Verlegungstransporte durch Ambulanzen
- Rettungs- und Suchaktionen für akut erkrankte oder verunfallte Personen

3 Verschiedenes

3.1 Leistungsvoraussetzungen und Pflichten

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

Im Notfall ist Sanitas innert 3 Tagen zu informieren.

Wird eine Kostengutsprache durch einen anderen Leistungserbringer verlangt, hat die Meldung an Sanitas 2 Wochen vor dem Eintritt 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 erfolgsversprechend 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 Leistungsfreiheitsrabatt

Allgemeines

Sanitas gewährt Versicherten, die während einer 12-monatigen Beobachtungsperiode ohne Leistungsbezug waren, im darauf folgenden Kalenderjahr einen Prämienrabatt.

Der Prämienrabatt wird auf der Bruttoprämie gewährt. Ist eine wählbare Franchise vereinbart, wird der Prämienrabatt von der Nettoprämie (nach Abzug des Rabatts für die Jahresfranchise) abgezogen.

Eine Beobachtungsperiode dauert vom 1. September eines Jahres bis 31. August des Folgejahres. Berücksichtigt werden Leistungsbezüge innerhalb dieser Beobachtungsperiode. Massgebend ist das Datum der Leistungsabrechnung von Sanitas.

Bei Versicherungsbeginn vom 1. Januar bis 1. August dauert die erste Beobachtungsperiode vom Versicherungsbeginn bis 31. August desselben Jahres.

Bei Versicherungsbeginn vom 1. September bis 1. Dezember dauert die erste Beobachtungsperiode vom Versicherungsbeginn bis 31. August des Folgejahres.

Bei Übertritt in die Kategorie h-care PRIVATE oder h-care ROYAL wird die Rabattstufe übernommen.

Prämienrabatt und Rabattstufen

Der Prämienrabatt pro Stufe beträgt 3 %. Das Rabattmaximum von 24 % wird ausgehend von Rabattstufe 0 im 9. Kalenderjahr erreicht.

Rabattstufen	Kalenderjahr	Rabatt	Prämien in % der Bruttoprämien
0	1.	0	100
1	2.	3	97
2	3.	6	94
3	4.	9	91
4	5.	12	88
5	6.	15	85
6	7.	18	82
7	8.	21	79
8	9.	24	76
9	10.	24	76
10	11.	24	76
11	12.	24	76
11	13. + folgende	24	76

Rückstufung im Schadenfall

Wird während der Beobachtungsperiode ein Leistungsbezug festgestellt, wird der Prämienrabatt für das darauf folgende Kalenderjahr um 4 Rabattstufen (12 %) reduziert, höchstens aber bis Stufe 0.

Ist der Leistungsbezug in der Beobachtungsperiode grösser als CHF 20000.–, wird der Prämienrabatt für das darauf folgende Kalenderjahr auf Stufe 0 reduziert, und zwar ungeachtet der gewährten Rabattstufe.

3.5 Wählbare Franchise

Eine allfällig gewählte Jahresfranchise wird für sämtliche Leistungen pro Kalenderjahr erhoben.

Bei Vertragsbeginn vom 1. Januar bis und mit 1. Juni wird die volle Jahresfranchise erhoben, bei Vertragsbeginn vom 1. Juli bis und mit 1. Dezember die halbe Jahresfranchise.

Dauert eine Behandlung mehr als 10 Tage über das Jahresende hinaus, ist die Jahresfranchise für das Folgejahr erneut zu bezahlen.

3.6 Kategorienwechsel

bei Erreichen des 40. Altersjahres

Der Wechsel in die Kategorie h-care PRIVATE erfolgt automatisch und ohne Gesundheitsprüfung am 31. Dezember des Jahres, in welchem das 40. Altersjahr vollendet wird.

Ist der Kategorienwechsel nicht gewünscht, ist Sanitas innert 30 Tagen zu benachrichtigen. Ein späterer Übertritt ist dann nur nach einer erneuten Gesundheitsprüfung möglich.

Vor dem 40. Altersjahr

Der Wechsel in die Kategorie h-care PRIVATE ist auf Ende Jahr ohne Gesundheitsprüfung möglich.

Der Kategorienwechsel muss bis spätestens 30. November schriftlich an Sanitas gemeldet werden.

3.7 Freizügigkeit zu s-care

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

- zu s-care BASIC und s-care COMFORT ohne Gesundheitsprüfung

Der Wechsel zu s-care muss Sanitas bis spätestens 30. November schriftlich gemeldet werden.