
s-care ROYAL

Zusatzversicherung für ambulante Behandlungen und stationäre Behandlungen
der privaten Abteilung 1-Bett-Zimmer in allen Akutspitälern weltweit

Zusatzbedingungen (ZB) Sanitas Corporate Private Care

Ausgabe Januar 2005 (Fassung 2015)

sanitas

Zweck und Grundlagen

Aus s-care ROYAL werden weltweit 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

Versichert sind ambulante Behandlungen durch diplomierte Ärzte sowie von ihnen verordnete Therapien. Es besteht weltweit freie Arztwahl.

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 Ärztliche Behandlungen durch Nicht-KVG-Ärzte und im Ausland

- Behandlungen durch Nicht-KVG-Ärzte:
Versichert sind ambulante Behandlungen durch Ärzte, die der Kantonsregierung den Ausstand gemeldet haben (Art. 44 Abs. 2 KVG) und somit keine Leistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) erbringen dürfen
- Behandlungen im Ausland:
Versichert sind ambulante Behandlungen durch Ärzte und Spitäler

Die Kosten werden nach ortsüblichen Ansätzen bis maximal CHF 100 000.– pro Kalenderjahr bezahlt.

Der Versicherte bezahlt einen Selbstbehalt von 10 %, maximal CHF 1000.– pro Kalenderjahr.

1.3 Alternativmedizin

Versichert sind 80 % der Kosten (Untersuchungen, Therapien, abgegebene Medikamente), maximal CHF 5000.– (stationäre Leistungen maximal CHF 1000.–) pro Kalen-

derjahr, von Behandlungen, welche nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durchgeführt werden von

- Ärzten;
- Apothekern mit entsprechender Zusatzausbildung;
- kantonal 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 für Medikamente, welche von Ärzten gemäss Ziffern 1.1 und 1.2 verordnet worden sind.

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 1500.– 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 400.– 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 1-Bett-Zimmer auf der privaten Abteilung in allen Akutspitälern der Schweiz. In Spitälern, die nicht auf den Spitallisten der Kantone aufgeführt sind, werden zusätzlich die Leistungen der Krankenpflegeversicherung übernommen.

2.3 Spitalaufenthalt im Ausland bei Notfällen

Volle Übernahme der Behandlungs- und Aufenthaltskosten in Notfällen.

2.4 Spitalaufenthalt im Ausland bei geplanten Behandlungen

Versichert sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten bei stationären Akutbehandlungen in allen Akutspitälern weltweit (maximal CHF 250 000.– pro Fall).

Reisekosten sind ausgeschlossen.

2.5 Psychiatrische Kliniken

Versichert sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten bei stationären Akutbehandlungen in allen psychiatrischen Kliniken weltweit.

2.6 Pflegeheime und Chronischkrankenheime

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

- bis 180. Tag: CHF 150.– an Aufenthalts- und Pflegekosten sowie die Behandlungskosten
- ab 181. bis 540. Tag: CHF 80.– pro Tag an Aufenthalts- und Pflegekosten sowie die Behandlungskosten

- ab 541. Tag bis 720. Tag: pauschal maximal CHF 80.– pro Tag

Danach werden keine Leistungen mehr bezahlt.

2.7 Geburtshäuser

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

2.8 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.

2.9 Besondere private Auslagen

Für belegte besondere private Auslagen, die in direktem Zusammenhang mit einem stationären Spitalaufenthalt stehen (Taxispesen für Ein- und Austritt, Telefonspesen usw.), werden die folgenden Leistungen bezahlt:

- in der Schweiz sowie im Ausland bei geplanten Behandlungen CHF 500.– pro Spitalaufenthalt
- im Ausland bei Notfällen maximal CHF 50.– pro Tag, maximal 180 Tage pro Spitalaufenthalt

2.10 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 volle Kostenübernahme:

- an Hauskrankenpflege durch diplomierte Krankenschwestern oder Krankenpfleger
- 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.

2.11 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 1500.– an die Kosten für Haushalthilfe ausgerichtet.

2.12 Kuren

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

- CHF 300.– (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 300.– 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.

2.13 Reise- und Transportkosten, Rettungs- und Suchaktionen

Bezahlt werden:

- Reisekosten bei auswärtigen Bestrahlungen, Chemotherapien oder Hämodialysen. Es werden maximal die Kosten des öffentlichen Verkehrsmittels übernommen (Billet 1. Klasse), auch bei Autotransport
- Nottransporte zum nächsten Arzt oder in das für die geeignete Behandlung nächstgelegene Spital sowie medizinisch notwendige Verlegungstransporte durch Ambulanzen
- Rettungsaktionen für akut erkrankte oder verunfallte Personen sowie Bergungen von verstorbenen Personen
- Suchaktionen nach akut erkrankten oder verunfallten Personen, maximal CHF 20 000.– pro Ereignis

2.14 Prämienerlass bei Tod oder Invalidität

Die folgenden Versicherungsleistungen gelten nur bei Versicherungsbeginn und 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 der Sanitas umgehend schriftlich zu melden sind, 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 ist, 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.

2.15 Unfallbedingte Hilfsmittel

Bezahlt werden die Kosten für:

- unfallbedingte Hilfsmittel (alle provisorischen sowie die erste definitive Prothese, erstmalige Anschaffung von Krücken, Stützen, Hörapparaten, Brillen in normalen Ausführungen oder Kontaktlinsen)
- deren Reparatur oder Ersatz, wenn sie anlässlich eines gedeckten Unfallereignisses beschädigt oder zerstört wurden

Ausgeschlossen sind alle Arten von Fortbewegungsmitteln

2.16 Unfallbedingte Zahnschäden

Bezahlt werden die ambulanten Behandlungen bei unfallbedingten Zahnschäden.

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.

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 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 die Leistungen, die während dieser Periode erbracht wurden.

sichtigt 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 s-care COMFORT oder s-care PRIVATE 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 20 000.–, 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 Freizügigkeit 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 ohne Gesundheitsprüfung

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