

---

Produktlinie Wincare

# Diversa Komfort

Zusatzversicherung für Schulmedizin und ergänzende Leistungen

---

## Zusatzbedingungen (ZB)

Ausgabe Januar 2017 (Fassung 2017)

Versicherungsträger: Sanitas Privatversicherungen AG

**sanitas**

## Allgemeines

### 1 Gegenstand der Versicherung

---

- 1 Aus der Zusatzversicherung Diversa Komfort werden in Ergänzung zur jeweiligen Grundversicherung die folgenden Leistungen bezahlt:
  - nicht kassenpflichtige Arzneimittel
  - Badekuren
  - Erholungskuren
  - Haushalthilfen
  - Rettungs- und Transportkosten
  - kieferorthopädische und spezielle Behandlungen der Zähne
  - Brillen/Kontaktlinsen
  - nichtärztliche Psychotherapie
  - Impfungen
  - Hilfsmittel
  - Nichtpflichtbehandlungen
  - Behandlungen durch Ausstandsärzte (Nichtkassen-ärzte)
  - Leistungen im Ausland
  - Patienten-Rechtsschutz
- 2 Die Versicherung kann mit oder ohne Unfalldeckung abgeschlossen werden.

### 2 Anwendbare Bedingungen

---

Für alle in diesen Zusatzbedingungen (ZB) nicht besonders geregelten Fragen sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) der Produktlinie Wincare für die Zusatzversicherungen nach VVG massgebend.

## Leistungen in der Schweiz

### 3 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel

---

- 1 Bezahlt werden 90 % der Kosten für ärztlich verordnete Medikamente und Präparate, die nicht unter die Leistungspflicht der jeweiligen Grundversicherung fallen. Das Medikament muss zudem von der schweizerischen Prüfstelle zugelassen und für die entsprechende ärztliche Indikation registriert sein.
- 2 Ausgenommen von der Leistungspflicht sind Medikamente und Präparate
  - für die in der Spezialitätenliste Einschränkungen bestehen;
  - die Sanitas auf einer Liste aufgeführt hat. Diese Liste wird laufend aktualisiert und den versicherten Personen auf Anfrage auszugsweise abgegeben;

- die im Zusammenhang mit komplementären Heilmethoden (Naturheilkunde und Erfahrungsmedizin) verordnet oder abgegeben werden und die grundsätzlich über die Zusatzversicherung Natura Komfort versichert sind.

### 4 Badekuren

---

- 1 Bezahlt werden an die von der jeweiligen Grundversicherung nicht gedeckten Kosten für ärztlich verordnete, stationär durchgeführte Badekuren CHF 50.– pro Tag während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr.
- 2 Diese Leistungen werden nur bezahlt, wenn der Badekur eine intensive Behandlung (Spitalaufenthalt oder ambulante Therapien) vorausgegangen oder eine ambulante, zweckdienliche Therapie nicht möglich ist. Das Heilbad muss im Inland im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen oder im europäischen Ausland von Sanitas anerkannt sein. Zudem hat bei Kurantritt eine ärztliche Eintrittsuntersuchung zu erfolgen und es müssen balneologische/physikalische Anwendungen gemäss Kurplan durchgeführt werden.

### 5 Erholungskuren

---

- 1 Bezahlt werden an die von der jeweiligen Grundversicherung nicht gedeckten Kosten für einen ärztlich verordneten Kuraufenthalt CHF 50.– pro Tag während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr.
- 2 Diese Leistungen werden nur bezahlt, wenn die Erholungskur der Ausheilung oder Erholung nach schwerer Krankheit, Unfall oder Operation dient. Die Kur muss zudem in einer von Sanitas anerkannten, inländischen Kuranstalt durchgeführt werden. Eine Liste wird den versicherten Personen auf Anfrage abgegeben.

### 6 Haushalthilfen

---

- 1 Bezahlt werden für eine ärztlich angeordnete Haushalthilfe CHF 50.– pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr, sofern die versicherte Person vollständig arbeitsunfähig ist sowie wegen ihres Gesundheitszustandes und der familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt.
- 2 Als Haushalthilfe gilt, wer beruflich entweder auf eigene Rechnung oder für eine Organisation Dritten den Haushalt besorgt. Wenn eine andere Person den Haushalt besorgt, sind nur die ihr entstehenden Mehrkosten oder ein Erwerbsausfall versichert.

## **7 Rettungs- und Transportkosten**

---

- 1 Beahlt werden die in der Schweiz anfallenden, von der jeweiligen Grundversicherung nicht gedeckten Kosten für
  - Suche und Rettung von verunfallten oder akut erkrankten Personen;
  - medizinisch notwendige Transporte zum nächstgelegenen Arzt oder Spital mit angemessenen Transportmitteln;
  - Bergung einer verstorbenen Person.
- 2 Für Such- und Bergungskosten werden maximal je CHF 20 000.– bezahlt.

## **8 Kieferorthopädische und spezielle Behandlungen der Zähne**

---

- 1 Beahlt werden bei ambulanter Behandlung 75 % der von der jeweiligen Grundversicherung nicht gedeckten Kosten gemäss dem für die Sozialversicherer massgebenden Zahnarzt- bzw. Schulzahnpflegetarif.
- 2 Es handelt sich dabei um folgende Behandlungen:
  - kieferorthopädische Behandlungen aus kaufunktionellen Gründen (Korrektur von Zahnfehlstellungen und Kieferdeformitäten) bis zur Vollendung des 22. Altersjahres
  - parodontologische Behandlungen (diagnostische und therapeutische Massnahmen am Zahnhalteapparat bzw. Zahnbett, ausgenommen Extraktionen und Zahnersatz)

## **9 Brillen/ Kontaktlinsen**

---

Beahlt werden CHF 200.– an die von der jeweiligen Grundversicherung nicht gedeckten Kosten für Brillengläser oder Kontaktlinsen, die zur Korrektur einer Sehschwäche dienen, für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr einmal pro Kalenderjahr und für Erwachsene einmal innert 3 Kalenderjahren.

## **10 Nichtärztliche Psychotherapie**

---

- 1 Beahlt werden 75 %, maximal CHF 3000.– pro Kalenderjahr, an die von der jeweiligen Grundversicherung nicht gedeckten Kosten für ärztlich angeordnete, durch anerkannte nichtärztliche Psychotherapeuten durchgeführte Behandlungen.
- 2 Als anerkannte nichtärztliche Psychotherapeuten gelten die auf eigene Rechnung tätigen Psychologen, die vom Verband der Schweizerischen Krankenversicherer (santésuisse) anerkannt sind.

- 3 Nicht bezahlt werden die Kosten für Psychotherapien, die zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifeung oder zu anderen, nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken durchgeführt werden.

## **11 Impfungen**

---

Beahlt werden für Impfungen 90 % der nicht durch die jeweilige Grundversicherung gedeckten Kosten.

## **12 Hilfsmittel**

---

- 1 Beahlt werden für ärztlich verordnete Hilfsmittel 75 %, maximal CHF 3000.–, pro Hilfsmittel an die nicht durch einen Sozialversicherer gedeckten Kosten.
- 2 Es handelt sich dabei um folgende Hilfsmittel:
  - Prothesen, Stütz- und Führungsapparate für Gliedmassen, orthopädische Stützkorsetts und orthopädisches Schuhwerk, Hörapparate, Sprechhilfegeräte, Hilfsmittel für Blinde und hochgradig Sehschwache, Rollstühle, Gehhilfen und Pflegebetten
- 3 Wiederverwendbare Hilfsmittel, welche vom Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen (SVK) vermittelt werden, werden den versicherten Personen unentgeltlich leihweise abgegeben.
- 4 Die Kosten für Betrieb und Unterhalt der Hilfsmittel werden nicht bezahlt.

## **13 Nichtpflichtbehandlungen**

---

- 1 Beahlt werden 75 %, maximal CHF 4000.– pro Behandlung, an die Kosten für gewisse von der jeweiligen Grundversicherung nicht übernommene Behandlungen.
- 2 Versichert sind insbesondere:
  - Korrekturoperationen von abstehenden Ohren
  - Unterbindungen (Sterilisationen und Vasektomien)
  - Reduktionsplastiken der weiblichen Brust bei nachgewiesenen behandlungsbedürftigen Beschwerden
- 3 Leistungen werden nur bezahlt, wenn
  - das Gesuch um Kostenbeteiligung zusammen mit einer detaillierten ärztlichen Verordnung mindestens 3 Wochen vor dem geplanten Behandlungsbeginn bei Sanitas eintrifft;
  - die Behandlung aus medizinischer Sicht empfehlenswert und sinnvoll ist;
  - Sanitas ihr Einverständnis schriftlich erteilt hat.

#### **14 Behandlung durch Ausstandsärzte (Nichtkassenärzte)**

---

Bezahlt werden 75 %, maximal CHF 3000.– pro Kalenderjahr, an die Kosten für Behandlungen durch Ärzte, die es abgelehnt haben, ihre Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) zu erbringen (Ausstand).

### **Leistungen im Ausland**

#### **15 Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich**

---

Der Versicherungsschutz im Ausland gilt weltweit für Auslandsaufenthalte von weniger als 12 Monaten.

#### **16 Leistungen**

---

- 1 Bei Erkrankung oder Unfall im Ausland werden die folgenden Leistungen in Ergänzung zur jeweiligen Grundversicherung übernommen:
  - Heilungskosten zu den ortsüblichen Tarifen für
    - ärztliche Behandlungen
    - Medikamente
    - Analysen
    - Behandlungen bei Chiropraktoren
    - unfallbedingte Zahnbehandlungen
    - stationäre Behandlungen in Akutspitälern
  - Kosten für Such- und Rettungsaktionen von verunfallten oder akut erkrankten Personen
  - Kosten für medizinisch notwendige, mit den Heilungsmassnahmen in Zusammenhang stehende Transporte mit angemessenen Transportmitteln (inkl. Repatriierungskosten)
  - Kosten für Bergung und Heimschaffung einer verstorbenen Person
- 2 Für Such- und Bergungskosten werden maximal je CHF 20 000.– bezahlt.
- 3 Leistungen werden nur für Behandlungen im jeweiligen Aufenthaltsland bezahlt. Für Verlegungen und Behandlungen in Drittstaaten können keine Leistungen beansprucht werden.

#### **17 Meldepflicht bei Erkrankungen oder Unfall im Ausland**

---

- 1 Bei plötzlicher Erkrankung oder Unfall im Ausland ist bei Beanspruchung der folgenden Leistungen unverzüglich Sanitas Assistance zu benachrichtigen:
  - Such- und Rettungsaktionen
  - Transporte und stationäre Behandlungen in Akutspitälern
  - Bergung und Heimschaffung einer verstorbenen Person

- 2 Die notwendige Hilfe wird von Sanitas Assistance angeordnet, organisiert und im Bedarfsfall durchgeführt. Nur diese Kosten werden von Sanitas bezahlt.

#### **18 Höchstleistung**

---

- 1 Die Leistungen bei ambulanten Behandlungen werden betraglich unbegrenzt erbracht.
- 2 Die Leistungen bei stationärer Behandlung werden betraglich unbegrenzt bis zum Zeitpunkt einer medizinisch zumutbaren Heimreise oder Verlegung in das in der Schweiz zuständige Spital bezahlt, maximal jedoch während 60 Tagen.

### **Patienten-Rechtsschutz**

Versicherungsträger: AXA-ARAG

#### **19 Zuständiger Versicherer**

---

- 1 Versicherer ist die AXA-ARAG Rechtsschutz AG, mit Sitz in Zürich. Ansprüche aus dieser Rechtsschutzversicherung können die versicherten Personen nur gegenüber der AXA-ARAG geltend machen.
- 2 Sanitas kann der AXA-ARAG keine Weisungen zur Rechtsfallerledigung erteilen.

#### **20 Persönlicher Geltungsbereich**

---

Als versicherte Personen gelten

- alle Personen mit der Zusatzversicherung Diversa Komfort;
- die Rechtsnachfolger/Anspruchsberechtigten einer versicherten Person, wenn diese als Folge eines versicherten Ereignisses stirbt.

#### **21 Sachlicher Geltungsbereich**

---

- 1 Versichert ist die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen der versicherten Person bei Streitigkeiten mit einem durch das Krankenversicherungsgesetz oder das Unfallversicherungsgesetz anerkannten Leistungserbringer (Arzt, Zahnarzt, Spital, medizinische Hilfspersonen) oder anderen von Sanitas anerkannten Leistungserbringern im Zusammenhang mit Leistungen, für die bei Sanitas eine Deckung besteht.

2 Versichert sind:

- a) Schadenersatzrecht: Streitigkeiten bei der Geltendmachung der gesetzlichen oder vertraglichen Haftpflichtansprüche bei Personenschäden sowie unmittelbar daraus folgenden Vermögensschäden als Folge von
- möglichen Behandlungsfehlern, Fehldiagnosen und mangelhafter Beaufsichtigung;
  - unterlassenen Untersuchungen und Behandlungen;
  - Verletzung der Aufklärungspflicht gegenüber der versicherten Person betreffend mögliche Auswirkungen von medizinischen Massnahmen;
  - Fehlinformationen und Informationsverweigerung.
- b) Vertragsrecht: Vertragliche Streitigkeiten über die Einsichtnahme in sowie die Herausgabe von Patientenakten (z.B. Röntgenbilder, Krankengeschichte).
- 3 Nicht versichert sind Streitigkeiten über
- psychiatrische, psychotherapeutische und von Sanitas nicht versicherte zahnärztliche Leistungen;
  - Honorare und Rechnungen;
  - Leistungen von Sozial- und Privatversicherungen sowie Pensionskassen.

## **22 Zeitlicher Geltungsbereich**

---

Der Versicherungsschutz gilt für Rechtsfälle, die während der Dauer der Zusatzversicherung Diversa Komfort eintreten. Dabei gilt der Rechtsfall als eingetreten

- im Schadenersatzrecht (Ziffer 21.2.a): im Zeitpunkt der Verursachung des Schadens;
- im Vertragsrecht (Ziffer 21.2.b): im Zeitpunkt der erstmaligen tatsächlichen oder angeblichen Verletzung von Rechtsvorschriften oder vertraglichen Pflichten.

## **23 Örtlicher Geltungsbereich**

---

Die Versicherung gilt ausschliesslich für Rechtsfälle mit Gerichtsstand in der Schweiz, sofern Schweizerisches Recht anwendbar ist.

## **24 Versicherte Leistungen**

---

- 1 In den versicherten Rechtsfällen übernimmt die AXA-ARAG bis zur Garantiesumme von CHF 250 000.– pro Rechtsfall die Aufwendungen für
- die Bearbeitung der Rechtsfälle durch die AXA-ARAG;
  - einen im Einvernehmen mit der AXA-ARAG beigezogenen Rechtsvertreter der versicherten Person;
  - Gutachten von Sachverständigen zur Klärung von Streitfragen, sofern diese im Einvernehmen mit der AXA-ARAG oder von einem Gericht veranlasst worden sind;

- Gerichtsgebühren oder andere zu Lasten der versicherten Person gehende Verfahrenskosten staatlicher Gerichte und Behörden;
- der versicherten Person auferlegte Prozessentschädigungen an die Gegenpartei;
- das Inkasso der der versicherten Person aus einem versicherten Rechtsfall zustehenden Forderungen bis zum Vorliegen eines Pfändungsverlustscheins oder einer Konkursandrohung;
- ein im Einvernehmen mit der AXA-ARAG vereinbartes Mediationsverfahren als Alternative zu einem Gerichtsverfahren.

- 2 Wenn eine versicherte Person für denselben Rechtsfall aus verschiedenen Versicherungsverträgen bei der AXA-ARAG versichert ist, wird die Garantiesumme höchstens einmal ausgerichtet.

- 3 Nicht versichert ist die Bezahlung von
- Schadenersatz und Genugtuung;
  - Kosten, die zu Lasten eines Haftpflichtigen oder eines Haftpflichtversicherers gehen.

## **25 Rechtsfallanmeldung**

---

- 1 Ein Rechtsfall, für den eine versicherte Person die AXA-ARAG in Anspruch nehmen will, ist unverzüglich Sanitas oder der AXA-ARAG mitzuteilen.
- 2 Wurden die Melde- oder Verhaltenspflichten verletzt, kann die AXA-ARAG ihre Leistungen kürzen oder verweigern.

## **26 Rechtsfallabwicklung**

---

- 1 Mitwirkung: Nach Anmeldung eines Rechtsfalls hat die versicherte Person der AXA-ARAG die notwendigen Auskünfte und Vollmachten zu erteilen sowie die Beweismittel und aktuellen Adressen der Gegenpartei zu beschaffen und auszuhändigen.
- 2 Vorgehen: Nach Überprüfung der Rechtslage wird das einzuschlagende Vorgehen mit der versicherten Person besprochen. Die AXA-ARAG führt anschliessend für sie die Verhandlungen für eine gütliche Erledigung. Scheitern diese, entscheidet die AXA-ARAG über die Zweckmässigkeit der Prozessführung und das weitere Vorgehen.

- 3    **Anwaltsbeizug:** Die AXA-ARAG entscheidet über die Notwendigkeit, einen Anwalt beizuziehen.
- a)    Die versicherte Person hat jedoch das Recht, einen Anwalt ihrer Wahl im Einvernehmen mit der AXA-ARAG beizuziehen,
- falls im Hinblick auf ein Gerichts- oder Verwaltungsverfahren ein Rechtsvertreter beigezogen werden muss (Anwaltsmonopol);
  - bei Interessenkollisionen.
- b)    Kann eine Einigung über den beizuziehenden Rechtsvertreter nicht erzielt werden, wählt die AXA-ARAG einen von 3 von der versicherten Person vorgeschlagenen Rechtsvertretern aus. Diese dürfen nicht derselben Anwaltskanzlei bzw. -gemeinschaft angehören.
- c)    Die versicherte Person befreit den Anwalt gegenüber der AXA-ARAG vom Anwaltsgeheimnis und verpflichtet ihn, diese über die Entwicklung des Falls auf dem Laufenden zu halten und ihr insbesondere die für ihre Entscheide nötigen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zur Verfügung zu stellen, sofern keine Interessenkollision vorliegt und die Weitergabe der verlangten Informationen an die AXA-ARAG für die versicherte Person nicht nachteilig sein kann.
- 4    **Vergleiche:** Die AXA-ARAG übernimmt Verpflichtungen zu ihren Lasten aus einem Vergleich nur, wenn sie diesem vorgängig zugestimmt hat.
- 5    **Parteientschädigungen:** Der versicherten Person gerichtlich oder aussergerichtlich zugesprochene Prozess- und Parteientschädigungen sind der AXA-ARAG bis zur Höhe der von ihr, der AXA-ARAG, erbrachten Leistungen zu erstatten bzw. abzutreten.
- 6    **Aussichtslosigkeit:** Lehnt die AXA-ARAG eine Leistung für eine Massnahme wegen Aussichtslosigkeit ab, muss sie die vorgeschlagene Lösung unverzüglich schriftlich begründen und die versicherte Person auf die Möglichkeit des Verfahrens bei Meinungsverschiedenheiten hinweisen.
- 7    **Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten:** Die versicherte Person hat bei Meinungsverschiedenheiten über die zur Rechtsfallerledigung zu ergreifenden Massnahmen das Recht, diese Frage durch eine gemeinsam zu bestimmende und unabhängige Fachperson beurteilen zu lassen. Bei fehlender Einigung wird diese durch den zuständigen Richter bestimmt. Die Kosten sind von den Parteien je zur Hälfte vorzuschüssen und von der unterliegenden Partei zu tragen. Parteientschädigungen werden keine ausgerichtet.

- 8    **Massnahmen auf eigene Kosten:** Bei Meinungsverschiedenheiten kann die versicherte Person ferner auf ihre Kosten die ihr richtig bzw. nützlich scheinenden Massnahmen ergreifen. Leitet die versicherte Person bei Ablehnung der Versicherungsleistung auf eigene Kosten einen Prozess ein oder führt einen solchen weiter und erreicht sie ein Resultat, das für sie günstiger ausfällt als die ihr von der AXA-ARAG schriftlich begründete Lösung oder das Ergebnis des Verfahrens bei Meinungsverschiedenheiten, übernimmt die AXA-ARAG die dadurch entstandenen Kosten bis zum Höchstbetrag der Garantiesumme.

## 27    **Datenbearbeitung**

---

Die AXA-ARAG ist befugt, die für die Rechtsfallabwicklung notwendigen Daten zu beschaffen und zu bearbeiten. Ebenso gilt die AXA-ARAG als ermächtigt, bei Drittpersonen sachdienliche Auskünfte einzuholen sowie in amtliche Akten Einsicht zu nehmen. Falls für die Rechtsfallabwicklung erforderlich, können Daten auch an involvierte Dritte und ins Ausland weitergeleitet werden. Die AXA-ARAG verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln.