

ZUSATZBEDINGUNGEN (ZB)

# Kinderwunsch

**Ausgabe**  
**Dezember 2019**  
Fassung 2019

**sanitas**

## 1 Zweck und Grundlagen

Aus Kinderwunsch werden die Kosten für Kinderwunschbehandlungen und diagnostische Verfahren 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) sowie im Nachgang zu anderen bei Sanitas bestehenden Zusatzversicherungen.

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

## 2 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt für Personen mit Wohnsitz in der Schweiz. Ein Leistungsbezug im Ausland ist dann möglich, wenn Sanitas im entsprechenden Land Leistungserbringer anerkennt.

## 3 Versichertes Ereignis

Versichert ist die medizinisch begründete und während der Vertragsdauer getroffene Feststellung, dass die Versicherungsnehmerin nicht auf natürlichem Weg schwanger werden kann sowie Mutterschaft, die während der Vertragsdauer eintritt.

## 4 Leistungen

### 4.1 Behandlungen

Versichert sind folgende Leistungen:

- Künstliche Befruchtung im Mutterleib (homologe Insemination) mit dem Samen des eigenen Partners; alle Methoden (ICI, IUI, ITI), max. zwei Versuche. Versichert sind 75% der Kosten, max. CHF 2000.–.
- Künstliche Befruchtung ausserhalb des Mutterleibes mit dem Samen des eigenen Partners (In-vitro-Fertilisation, intrazytoplasmatische Spermieninjektion, Blastozystenkultur, inkl. Aneuploidie-Screening). Versichert sind 75% der Kosten, max. CHF 12'000.–.
- Genetische Untersuchung des Embryos vor der Einpflanzung in die Gebärmutter (Präimplantationsdiagnostik) im Rahmen der in der Schweiz geltenden gesetzlichen Vorschriften. Versichert sind 75% der Kosten, max. CHF 5000.–.
- Nicht-invasiver pränataler Test (NIPT, validierter Bluttest bei der Mutter zur Erkennung von möglichen Chromosomenstörungen Trisomie 21, 13 und 18 des Kindes) bei einem nachgewiesenen, kombinierten Trisomie-Risiko von kleiner als 1/1000 gemäss Abklärungsvorgehen der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG). Versichert sind 75% der Kosten, max. CHF 500.–.
- In gleichem Umfang versichert ist der NIPT bei auf natürlichem Weg eingetretenen Schwangerschaften.

- Nach jeder Geburt werden diese Leistungen wieder bis zu den Maximalbeträgen aufgestockt.
- Sanitas beteiligt sich an weiteren Leistungen zur Unterstützung von Schwangerschaft und Kinderwunsch und führt Listen mit den anerkannten Massnahmen, Leistungserbringern sowie Kostenbeiträgen (vgl. Ziff. 4.3).

### 4.2 Voraussetzungen für die Leistungen

Alle obligatorisch versicherten Behandlungsmöglichkeiten einschliesslich Medikamenten- und Hormonbehandlung müssen ausgeschöpft oder als medizinisch unwirksam deklariert worden sein.

Leistungen werden nur erbracht, wenn Sanitas vor Behandlungsbeginn eine Kostengutsprache ausgestellt hat und ein anerkannter Leistungserbringer die Behandlung durchführt. Der Nicht-invasive pränatale Test ist davon ausgenommen.

### 4.3 Anerkannte Leistungserbringer, Massnahmen und Kostenbeiträge

Sanitas führt Listen mit anerkannten Leistungserbringern, Massnahmen sowie Kostenbeiträgen. Es gilt die jeweils bei Behandlungsbeginn aktuelle Liste. Die Liste kann unter [www.sanitas.com](http://www.sanitas.com) eingesehen werden oder wird auf Wunsch zur Verfügung gestellt. Die Listen können insbesondere aufgrund der Auswahl von Leistungserbringern, der Verfügbarkeit von Produkten und medizinischen Entwicklungen angepasst werden.

## 5 Karenzfristen

Für die Behandlungen gelten folgende Karenzfristen:

- 9 Monate ab Einschluss von «Kinderwunsch» für Pränataldiagnostik (NIPT)
- 24 Monate ab Einschluss von «Kinderwunsch» für künstliche Befruchtung im und ausserhalb des Mutterleibes sowie Präimplantationsdiagnostik
- Für alle anderen Leistungen besteht keine Karenzfrist.

## 6 Altersbeschränkung

Diese Versicherung erlischt mit dem vollendeten 44. Altersjahr. Bei bereits begonnenen Behandlungen ist das Datum des Behandlungsbeginns massgeblich.