

Zusatzbedingungen (ZB)

Classic

Zusatzversicherung für ambulante Behandlungen

Ausgabe Januar 2004
Fassung 2021

Zweck und Grundlagen

Aus Classic werden die Kosten von ambulanten Behandlungen 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 nicht ausgeschlossen werden.

Grundlage dieser Zusatzbedingungen (ZB) bilden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zusatzversicherungen nach VVG, Ausgabe Januar 2004.

Leistungen

1 Ärztliche Behandlungen in der ganzen Schweiz

Dieser Artikel ist aufgehoben.

Die Kosten gemäss dem vom jeweiligen Leistungserbringer angewandten Tarif für ambulante ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes stellen gemäss Artikel 41 der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG seit dem 1. Januar 2018 eine Pflichtleistung der Grundversicherung dar.

2 Ambulante Behandlungen im Ausland bei Notfällen

Versichert sind 90 Prozent der Behandlungskosten während maximal 180 Tagen bei Notfällen im Ausland. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf ambulante Behandlungen durch Ärzte und auf ambulante Behandlungen nach ärztlicher Verordnung.

3 Alternativmedizin

1 Versichert sind 80 Prozent der Kosten, maximal Fr. 5000.– pro Kalenderjahr, von Behandlungen, welche nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durchgeführt werden von

- Ärzten;
- Apothekern mit entsprechender Zusatzausbildung;
- kantonal zugelassenen Naturheilärzten;
- Naturheilpraktikern NVS (Vollmitglied).

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

4 Psychotherapie

Versichert sind 80 Prozent der Kosten, maximal Fr. 1000.– pro Kalenderjahr, von ärztlich verordneter Psychotherapie, welche durch selbstständige Psychotherapeuten durchgeführt wird.

5 Medikamente

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

2 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.

3 Nicht versichert sind Medikamente der Alternativmedizin, welche gemäss Ziffer 3 versichert sind.

6 Mutterschaft

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

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

7 Prävention – Gesundheitsförderung

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

- Impfungen
- Check-ups (inkl. ein HIV-Test pro Kalenderjahr)
- gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen (inkl. eine Mammografie pro Kalenderjahr)
- Unterbindungen (Vasektomie/Sterilisation)
- Rückenschulen durch diplomierte Physiotherapeuten auf ärztliche Verordnung
- Raucherentwöhnung auf ärztliche Verordnung

Sanitas beteiligt sich an den Kosten für weitere gesundheitsfördernde Massnahmen. Die von Sanitas anerkannten gesundheitsfördernden Massnahmen und Leistungserbringer sowie die jeweiligen Kostenbeiträge werden auf einer Liste publiziert. Diese Liste kann von Sanitas angepasst werden. Bei einer Anpassung dieser Liste besteht kein Kündigungsrecht.

8 Brillen oder Kontaktlinsen

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

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

9 Zahnärztliche Behandlungen

Versichert sind die folgenden Leistungen für zahnärztliche Behandlungen:

- 50 Prozent der Kosten für kieferorthopädische Behandlungen bis zum vollendeten 18. Altersjahr
- maximal Fr. 100.– pro Zahn bei Entfernung von Weisheitszähnen
- Kosten von zahnärztlich verordneten Medikamenten

10 Therapeutische Hilfsmittel

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

11 Kosmetische Eingriffe

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

- Brustoperationen
- Narbenkorrekturen
- Korrekturoperationen von abstehenden Ohren

2 Ambulante Behandlungen werden nach KVG-Tarif übernommen.

3 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.

12 Rooming-in

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

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

13 Reise- und Transportkosten

1 Versichert sind Reisekosten bei auswärtigen Bestrahlungen, Chemotherapien oder Hämodialysen. Es werden maximal die Kosten des öffentlichen Verkehrsmittels übernommen (Billett 2. Klasse).

2 Versichert bis maximal Fr. 2000.– pro Kalenderjahr sind Notfalltransporte zum nächsten Arzt oder in das für die geeignete Behandlung nächstgelegene Spital sowie medizinisch notwendige Verlegungstransporte durch Ambulanzen.

14 Prämienübernahme bei Tod oder Invalidität

1 Versichert sind über die Versicherung des Elternteils die Prämien von Basic und allfälligen Zusatzversicherungen von Kindern bei

- Tod dieses Elternteils;
- dauernder Invalidität dieses Elternteils, sofern gemäss den Bestimmungen der IV eine ganze Rente bezahlt wird.

Die Versicherungen müssen für die Kinder bereits vor Eintritt des Ereignisses bei Sanitas abgeschlossen worden sein. Die Prämien werden bis und mit dem Kalenderjahr übernommen, in welchem das 18. Altersjahr vollendet wird.

2 Die Prämienübernahme ist unter Beilage der betreffenden amtlichen Dokumente (Todesschein, Rentenverfügung der IV) schriftlich zu beantragen.

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

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

5 Risikoträger für die unter dieser Ziffer beschriebenen Leistungen ist Swiss Life mit Sitz in Zürich. Leistungsansprüche sind gegenüber Sanitas geltend zu machen.

Verschiedenes

15 Prämienbefreiung ab drittem Kind

1 Das dritte und jedes weitere Kind einer Familie wird bis zum vollendeten 18. Altersjahr prämienfrei versichert, sofern für die ersten beiden Kinder diese Versicherung ebenfalls besteht.

2 Für die Berechnung des Anspruchs auf Prämienbefreiung zählen die Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr.

16 Anerkennung von Leistungserbringern

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

