

Zusatzbedingungen (ZB)

Family

Zusatzversicherung für ambulante Behandlungen

Ausgabe Januar 2004
Fassung 2021

Zweck und Grundlagen

Aus Family 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.

Über Home-Assistance sind Dienstleistungen am Wohnort bei Krankheit und Unfall versichert. Die am Schluss angefügten Bedingungen sind ein integrierter Bestandteil dieser Zusatzbedingungen (ZB).

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 Psychotherapie

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

4 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 8.1 versichert sind.

5 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 3 Kalenderjahre
- für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr maximal Fr. 200.– pro Kalenderjahr

6 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).

7 Haushalthilfe

- 1 Versichert sind maximal Fr. 50.– pro Tag, gesamthaft maximal Fr. 2500.– pro Kalenderjahr, an die Kosten von Haushalthilfe durch nicht im gleichen Haushalt lebende Personen
- bei Spitalaufenthalt eines Kindes (über die Versicherung dieses Kindes);
- bei Spitalaufenthalt des den Haushalt versorgenden Elternteils (über die Versicherung dieses Elternteils).
- 2 Die Leistungen werden nur aufgrund detaillierter Rechnungen mit Kalendarium bezahlt.

8	Leistungen im Rahmen des Leistungskontos
1	Die in den folgenden Ziffern 8.1 bis 8.7 umschriebenen Leistungen werden von Sanitas im Rahmen der von der versicherten Person gewählten Variante des Leistungskontos übernommen:
	Variante 1 80 Prozent, maximal Fr. 10 000.– pro Kalenderjahr
	Variante 2 80 Prozent, maximal Fr. 25 000.– pro Kalenderjahr
	Variante 3 80 Prozent, maximal Fr. 50 000.– pro Kalenderjahr
2	Der jeweilige Maximalbetrag gilt für alle Leistungen zusammen.
8.1 Alternativmedizin	
1	Versichert sind die Kosten von Behandlungen, welche nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durchgeführt werden von <ul style="list-style-type: none"> – 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.
8.2 Mutterschaft	
	Versichert sind über die Versicherung der Mutter die Kosten für folgende Mutterschaftsleistungen: <ul style="list-style-type: none"> – Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft (inkl. 1 Ultraschalluntersuchung) – 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
8.3 Prävention – Gesundheitsförderung	
	Versichert sind die Kosten für folgende Präventionsmassnahmen: <ul style="list-style-type: none"> – Impfungen – Check-ups (inkl. 1 HIV-Test pro Kalenderjahr) – gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen (inkl. 1 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.

8.4 Zahnärztliche Behandlungen
Versichert sind die Kosten für folgende zahnärztliche Behandlungen: <ul style="list-style-type: none"> – kieferorthopädische Behandlungen bis zum vollendeten 18. Altersjahr – Entfernung von Weisheitszähnen – zahnärztlich verordnete Medikamente
8.5 Kosmetische Eingriffe
1 Versichert sind die Kosten von folgenden kosmetischen Eingriffen, sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt: <ul style="list-style-type: none"> – 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.
8.6 Rooming-in
Versichert sind die folgenden Aufenthaltskosten im Spital: <ul style="list-style-type: none"> – 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
8.7 Reise- und Transportkosten
Versichert sind <ul style="list-style-type: none"> – Reisekosten bei auswärtigen Bestrahlungen, Chemotherapien oder Hämodialysen. Es werden maximal die Kosten des öffentlichen Verkehrsmittels übernommen (Billett 2. Klasse); – Notfalltransporte zum nächsten Arzt oder in das für die geeignete Behandlung nächstgelegene Spital sowie medizinisch notwendige Verlegungstransporte durch Ambulanzen.

9 Prämienübernahme bei Tod oder Invalidität
1 Versichert sind über die Versicherung des Elternteils die Prämien von Basic und allfälliger Zusatzversicherungen von Kindern bei <ul style="list-style-type: none"> – 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
10 Treueprämie
1 Kinder erhalten für jedes Versicherungsjahr bei Sanitas eine Treueprämie von Fr. 50.–, welche je für die entsprechenden Jahre bei Vollendung des 7., 14. und 18. Altersjahres ausbezahlt wird.
2 Anspruch auf die Treueprämie besteht, wenn in den entsprechenden Versicherungsjahren und im Zeitpunkt der jeweiligen Auszahlung die obligatorische Krankenpflegeversicherung Basic und Family versichert sind.
11 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.
12 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.
13 Änderung der Leistungskonto-Variante
Eine Änderung der Leistungskonto-Variante ist per 1. Januar eines Jahres möglich. Es gelten die Bestimmungen von Ziffer 14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).
14 Automatischer Übertritt in Classic oder Jump
Für die Kinder
1 Family erlischt am 31. Dezember des Jahres, in welchem das 20. Altersjahr vollendet wird. Der automatische Übertritt in die Zusatzversicherung Jump erfolgt per 1. Januar des darauffolgenden Jahres.
2 Family erlischt per 31. Dezember, wenn im Folgejahr kein Elternteil mehr über diese Versicherungsdeckung verfügt. Der automatische Übertritt in die Zusatzversicherung Classic (bzw. Jump bei Kindern nach vollendetem 18. Altersjahr) erfolgt per 1. Januar des darauffolgenden Jahres.
Für die Eltern
3 Family erlischt am 31. Dezember des Jahres, in welchem das letzte Kind der Familie aus Family austritt. Der automatische Übertritt in die Zusatzversicherung Classic erfolgt per 1. Januar des darauffolgenden Jahres.
Für Neugeborene ohne Versicherung eines Elternteils
4 Ist ein Neugeborenes ohne Eltern versichert worden und kommt – unabhängig von den Gründen – die Zusatzversicherung Family nicht für mindestens einen Elternteil innert 18 Monaten nach der Geburt zustande, erfolgt der automatische Übertritt in die Zusatzversicherung Classic per 1. Januar des darauffolgenden Jahres.
5 Bei allen Übertritten gemäss Abs. 1 bis 4 werden bestehende Vorbehalte gemäss Ziffer 14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unverändert weitergeführt.

- 15 Vorzeitiger Übertritt in Classic oder Jump**
- 1 Ein vorzeitiger Übertritt in die Zusatzversicherungen Classic oder – unter den entsprechenden Voraussetzungen – Jump ist jeweils per 1. Januar eines Jahres ohne erneute Risikoprüfung möglich.
- 2 Bestehende Vorbehalte gemäss Ziffer 14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) werden unverändert weitergeführt.

Bedingungen für Home-Assistance

- 16 Was ist Home-Assistance?**
- Home-Assistance ist eine Dienstleistung der weltweit tätigen Nothilfeorganisation Europ Assistance zugunsten von Sanitas. Der Service beinhaltet die Organisation von Hilfeleistungen am Wohnort bei Krankheit oder Unfall.

- 17 Wer ist für die Leistungen von Home-Assistance zuständig?**
- 1 Für die organisatorischen Leistungen von Home-Assistance ist Europ Assistance im Namen von Sanitas zuständig.
- 2 Die Kosten der durch Home-Assistance organisierten Dienstleistungen werden von Sanitas im Rahmen der für die entsprechende Person bestehenden Versicherungsdeckung bezahlt.

- 18 Wie kann Home-Assistance erreicht werden?**
- Der 24-Stunden-Telefonservice von Home-Assistance ist während 7 Tagen pro Woche erreichbar. Die Telefonnummer ist auf der Sanitas-Card aufgeführt.

- 19 Welches sind die Leistungen von Home-Assistance?**
- Betreuung von Kindern bis zum vollendeten 16. Altersjahr**
- 1 Bei Spitalaufenthalt einer versicherten Person, von deren Lebenspartner oder der momentan betreuenden Person bei Abwesenheit beider Eltern erbringt Home-Assistance folgende Dienstleistungen:
- Organisation einer Haushalthilfe zur Betreuung der Kinder zu Hause
 - Organisation der Hin- und Rückreise für einen vom Versicherungsnehmer bestimmten, nicht im gleichen Haushalt, aber in der Schweiz wohnenden Angehörigen für die Betreuung der Kinder zu Hause
- Betreuung von kranken Kindern bis zum vollendeten 16. Altersjahr**
- 2 Bei Krankheit oder Unfall eines Kindes und Abwesenheit beider Eltern erbringt Home-Assistance folgende Dienstleistungen:
- Organisation einer Pflegefachperson für die Krankenpflege zu Hause
 - Organisation der Hin- und Rückreise für einen vom Versicherungsnehmer bestimmten, nicht im gleichen Haushalt, aber in der Schweiz wohnenden Angehörigen für die Krankenpflege zu Hause

- Suche nach Medizinalpersonen und Lieferung von Medikamenten**
- 3 In Notfallsituationen, welche nicht lebensbedrohend sind und darum keine medizinische Nothilfe erfordern, erbringt Home-Assistance folgende organisatorische Dienstleistungen:
- Suche nach einem Arzt, wenn der Hausarzt abwesend oder nicht verfügbar ist
 - Suche nach einer Pflegefachperson
 - Suche nach anderen Medizinalpersonen
 - Organisation von Medikamenten und deren Lieferung nach Hause, falls weder die versicherte Person noch ein Angehöriger dies übernehmen kann

- 20 Wie lange erbringt Home-Assistance diese Leistungen?**
- Home-Assistance gilt während der Zeit, in welcher die entsprechende Person die Zusatzversicherung Family versichert hat.

- 21 Wo gilt der Versicherungsschutz von Home-Assistance?**
- Der Versicherungsschutz von Home-Assistance gilt in der Schweiz und in den Enklaven Büsingen und Campione.

