

Zusatzbedingungen (ZB)

Jump

Zusatzversicherung für ambulante Behandlungen

Ausgabe Januar 2004
Fassung 2021

Zweck und Grundlagen

Aus Jump 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 01. 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. 1500.– 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 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.

5 Mutterschaft

Versichert sind 80 Prozent der Kosten, gesamthaft maximal Fr. 500.– pro Kalenderjahr, für folgende Mutterschaftsleistungen:

- Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft (inkl. 1 Ultraschalluntersuchung)
- Schwangerschafts- und Rückbildungsturnen sowie Geburtsvorbereitungskurs

6 Prävention – Gesundheitsförderung

Versichert sind 80 Prozent der Kosten, maximal Fr. 500.– pro Kalenderjahr, für folgende Präventionsmassnahmen:

- Impfungen
- Check-ups (inkl. 1 HIV-Test pro Kalenderjahr)
- gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen (inkl. 1 Mammografie pro Kalenderjahr)
- 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.

7 Brillen oder Kontaktlinsen

Versichert sind weltweit maximal Fr. 200.– alle 3 Kalenderjahre für Brillen (inkl. Fassung) oder Kontaktlinsen, die zur Sehkorrektur notwendig sind.

8 Zahnärztliche Behandlungen

Versichert sind die folgenden Leistungen für zahnärztliche Behandlungen:

- maximal Fr. 100.– pro Zahn bei Entfernung von Weisheitszähnen
- Kosten von zahnärztlich verordneten Medikamenten

9 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.

10 Reise- und Transportkosten

Bezahlt werden gesamthaft maximal Fr. 1000.– pro Kalenderjahr für

- 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.

11 Leistungen bei Spitalaufenthalt

1 Der folgende Versicherungsschutz gilt nur bei Versicherungsbeginn von Jump vor dem 1. Januar 2004 und solange Hospital Standard mitversichert ist.

2 Auf der Grundlage der Zusatzbedingungen (ZB) für Hospital Standard werden bei einem Aufenthalt auf der halbprivaten oder privaten Abteilung eines Akutspitals höchstens Fr. 50.– pro Tag an die Aufenthalts- und Pflegekosten sowie Fr. 2000.– pro Kalenderjahr an die Behandlungskosten bezahlt. Diese Leistungen sind beschränkt auf Aufenthalte in Spitälern, die auf den nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalisten der Kantone aufgeführt sind oder eine allgemeine Abteilung mit Vertrag führen.

Verschiedenes

12 Jump-Bonus

1 Sanitas gewährt Versicherten, die neben Jump auch die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei Sanitas abgeschlossen haben und in beiden Versicherungen während einer 12-monatigen Beobachtungsperiode ohne Leistungsbezug waren, einen Bonus von Fr. 50.–.

2 Eine Beobachtungsperiode dauert vom 1. September eines Jahres bis 31. August des Folgejahres. Berücksichtigt werden Leistungsbezüge aus Jump und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung innerhalb dieser Beobachtungsperiode. Massgebend ist das Datum der Leistungsabrechnung von Sanitas.

13 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.

14 Automatischer Übertritt in Classic

1 Jump erlischt am 31. Dezember des Jahres, in welchem das 35. Altersjahr vollendet wird. Der automatische Übertritt in die Zusatzversicherung Classic erfolgt per 1. Januar des darauffolgenden Jahres.

2 Bestehende Vorbehalte gemäss Ziffer 14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) werden unverändert weitergeführt.

15 Vorzeitiger Übertritt in Classic oder Family

1 Ein vorzeitiger Übertritt in die Zusatzversicherungen Classic oder – unter den entsprechenden Voraussetzungen – Family ist jeweils per 1. Januar eines Jahres ohne erneute Risikoprüfung möglich.

2 Bestehende Vorbehalte gemäss Ziffer 14 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) werden unverändert weitergeführt.

