



Zusatzversicherung

Besondere Bedingungen (BB)
allgemeiner zusatz und privat zusatz
Ausgabe 2022

Besondere Bedingungen (BB) allgemeiner zusatz und privat zusatz nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Ausgabe 2022

Inhaltsverzeichnis

1	Grundlagen der Versicherung	Seite 4	6	Alternativmedizin	Seite 6
1.1	Zweck	Seite 4	6.1	Erfahrungsmedizinische Methoden	Seite 6
1.2	Versicherungsträger	Seite 4	6.2	Alternative Therapeutinnen, Therapeuten und Heilmethoden	Seite 6
1.3	Allgemeine Versicherungsbedingungen	Seite 4	6.3	Zusätzliche Leistungen privat zusatz	Seite 6
1.4	Versicherte Personen	Seite 4	6.4	Natürliche Heilmittel	Seite 6
1.5	Übertrittsrecht in analoge Versicherungsabteilungen	Seite 4	6.5	Maximaler Leistungsbezug	Seite 6
1.6	Leistungsvoraussetzung	Seite 4	6.6	Leistungsvoraussetzung	Seite 6
1.7	Leistungen im Ausland	Seite 4	7	Nichtpflichtmedikamente	Seite 6
2	Ärztliche Behandlung	Seite 4	8	Thermalbäder	Seite 6
2.1	Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes	Seite 4	9	Psychotherapeutische Behandlung	Seite 6
2.2	Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung	Seite 4	9.1	Leistungsumfang	Seite 6
2.3	Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten ohne KVG-Unterstellung	Seite 4	9.2	Leistungsvoraussetzung	Seite 6
2.4	Ärztliche Behandlung im Ausland	Seite 4	9.3	Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung	Seite 7
2.4.1	Wahlbehandlung		10	Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Fahrtspesen	Seite 7
2.4.2	Notfallbehandlung		10.1	Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen	Seite 7
2.5	Leistungsdauer	Seite 4	10.1.1	Leistungsumfang	
3	Prävention	Seite 4	10.1.2	Selbstbehalt	
3.1	Impfungen	Seite 4	10.1.3	Suchaktionen	
3.2	Check-up-Untersuchung	Seite 4	10.2	Fahrtspesen	Seite 7
3.3	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung	Seite 5	11	Kostenbeteiligung	Seite 7
3.4	Mutterschaft	Seite 5	12	Altersklassen	Seite 7
3.4.1	Geburtsvorbereitung				
3.4.2	Stillgeld				
3.5	Fit werden	Seite 5			
3.6	Fit bleiben	Seite 5			
4	Hilfsmittel	Seite 5			
4.1	Sehhilfen	Seite 5			
4.2	Übrige Hilfsmittel	Seite 5			
5	Zahnärztliche Behandlung	Seite 5			
5.1	Weisheitszähne	Seite 5			
5.2	Leistungen für Kinder und Jugendliche	Seite 5			
5.3	Leistungen des Gemeinwesens	Seite 5			
5.4	Leistungserbringer und Tarif	Seite 5			
5.5	Behandlung im Ausland	Seite 6			

1 Grundlagen der Versicherung

1.1 Zweck

allgemeiner zusatz und privat zusatz erbringen Leistungen an ambulante ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente und zahlen ein Stillgeld aus.

privat zusatz versichert ausserdem die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) nicht gedeckten Kosten bei Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben. Im Weiteren erbringt er Beiträge an alternativmedizinische Leistungen im Ausland und an Fahrtspesen.

Die Leistungen werden in der Regel im Nachgang zu allen anderen Versicherungsabteilungen dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) erbracht.

Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (nachfolgend Grundversicherung) gehen denjenigen aus dieser Versicherungsabteilung vor.

1.2 Versicherungsträger

Versicherungsträger ist die Sympany Versicherungen AG, Basel (nachfolgend Versicherer).

1.3 Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Sympany Versicherungen AG sind integrierter Bestandteil der Bestimmungen von allgemeiner zusatz bzw. privat zusatz. Bei Abweichungen gehen die Besonderen Bedingungen von allgemeiner zusatz bzw. privat zusatz den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor.

1.4 Versicherte Personen

allgemeiner zusatz können Personen ohne Altersbeschränkung abschliessen. privat zusatz kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

1.5 Übertrittsrecht in analoge Versicherungsabteilungen

Es besteht ein Übertrittsrecht von allgemein zusatz Versicherten in plus natura oder plus, von privat zusatz Versicherten in premium natura oder premium. Der Übertritt ist jeweils per 1. Januar des Folgejahres möglich.

1.6 Leistungsvoraussetzung

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer anerkannt sind. Über die Anerkennung entsprechender Personen muss beim Versicherer Auskunft eingeholt werden.

1.7 Leistungen im Ausland

Die Leistungen aus privat zusatz werden – sofern im Einzelnen nicht anders geregelt – auch im Ausland ausgerichtet.

2 Ärztliche Behandlung

2.1 Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten Person erfolgen, sind im Nachgang zu den Leistungen von der Grundversicherung gemäss dem am Behandlungsort gültigen KVG-Tarif voll gedeckt.

2.2 Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung

privat zusatz erbringt an Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss KVG-Tarif.

An psychotherapeutische Behandlungen werden maximal 50 Stunden vergütet.

2.3 Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und -ärzten ohne KVG-Unterstellung

privat zusatz erbringt an ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspitalärztinnen und -ärzten, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem Tarif.

An psychotherapeutische Behandlungen werden aus privat zusatz maximal 50 Stunden gemäss KVG-Tarif erbracht.

2.4 Ärztliche Behandlung im Ausland

2.4.1 Wahlbehandlung

Bei ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus privat zusatz die Kosten bis maximal zum doppelten KVG-Tarif am Wohnort der versicherten Person übernommen. Für global Versicherte besteht volle Kostendeckung entsprechend ortsüblichem Tarif.

An psychotherapeutische Behandlungen werden maximal 50 Stunden vergütet.

2.4.2 Notfallbehandlung

Bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus allgemeiner zusatz und privat zusatz im Nachgang zu den Leistungen aus der Grundversicherung die vollen Kosten gedeckt.

2.5 Leistungsdauer

Sofern die Bestimmungen von allgemeiner zusatz und privat zusatz nichts anderes vorsehen, werden die Leistungen zeitlich unbegrenzt ausgerichtet.

3 Prävention

3.1 Impfungen

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz dienen, werden pro Kalenderjahr folgende Beiträge vergütet:

90%, bis höchstens CHF 200.–

Dabei werden keine Leistungen erbracht an Impfungen, die berufsbedingt vorgenommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten ist oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

3.2 Check-up-Untersuchung

Wenn die Grundversicherung bei der Sympany Gruppe besteht, wird an die ausgewiesenen Kosten einer Check-up-Untersu-

chung nach jeweils zwei aufeinanderfolgenden bezugsfreien Kalenderjahren in der Grundversicherung folgender Beitrag geleistet:

allgemeiner zusatz	90% der Kosten, maximal CHF 300.-
privat zusatz	90% der Kosten, maximal CHF 600.-

3.3 Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Pro Kalenderjahr sind die Kosten einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zum KVG-Tarif versichert, sofern in diesem Kalenderjahr keine entsprechenden Leistungen aus einer KVG-Versicherung erbracht werden.

3.4 Mutterschaft

3.4.1 Geburtsvorbereitung

An die ausgewiesenen Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses (inkl. Rückbildungsgymnastik) bei einer qualifizierten Fachperson wird pro Schwangerschaft maximal folgender Betrag entrichtet:

CHF 200.-

3.4.2 Stillgeld

Es besteht Anspruch auf ein Stillgeld. Das Stillgeld wird ausbezahlt, wenn die versicherte Mutter ihr Kind während zehn Wochen voll oder teilweise stillt.

CHF 250.-

3.5 Fit werden

An die ausgewiesenen Kosten eines ärztlich verordneten, von qualifiziertem Personal durchgeführten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens (z.B. Raucherentwöhnung, Rückenschule, Ernährungsberatung) wird folgender Beitrag innert zwei Kalenderjahren geleistet:

allgemeiner zusatz	90% der Kosten, maximal CHF 300.-
privat zusatz	90% der Kosten, maximal CHF 500.-

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Kurse zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens. Die Liste der anerkannten Kurse wird laufend angepasst oder ergänzt und kann beim Versicherer jederzeit eingesehen werden.

3.6 Fit bleiben

An weitere anerkannte Präventivmassnahmen können Beiträge ausgerichtet werden.

4 Hilfsmittel

4.1 Sehhilfen

An die Kosten von zur Sehkorrektur benötigten Brillengläsern und Kontaktlinsen wird versicherten Personen ab 18 Jahren innerhalb von 5 Kalenderjahren folgender Beitrag bezahlt:

allgemeiner zusatz	CHF 270.-
privat zusatz	CHF 420.-

Kindern bis 18 Jahre wird folgender Beitrag jährlich entrichtet:

allgemeiner zusatz	CHF 270.-
privat zusatz	CHF 420.-

4.2 Übrige Hilfsmittel

An die Miet- oder Kaufpreise von anerkannten Hilfsmitteln, an die aus der Grundversicherung keine Leistungen erbracht wer-

den, können bei medizinischer Indikation die Kosten vergütet werden:

50% der Kosten, maximal CHF 250.- pro Kalenderjahr
--

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel. Die Liste der anerkannten Hilfsmittel wird laufend angepasst oder ergänzt und kann beim Versicherer jederzeit eingesehen werden.

Nicht versichert sind die Kosten, die durch Betrieb, Unterhalt und Reparatur dieser Hilfsmittel anfallen.

5 Zahnärztliche Behandlung

5.1 Weisheitszähne

Die Versicherung deckt die Kosten der Entfernung von Weisheitszähnen. Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tagespauschale der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen.

5.2 Leistungen für Kinder und Jugendliche

Für Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre besteht folgender Leistungsanspruch:

- An die Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen wird folgender Betrag vergütet, sofern nicht gleichzeitig eine zahnärztliche Behandlung (konservierend, prothetisch etc.) durchgeführt werden muss:

CHF 60.- pro Kalenderjahr

- An die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen gemäss anerkanntem Tarif:

allgemeiner zusatz	70% der Kosten, maximal CHF 5'000.-
privat zusatz	70% der Kosten, maximal CHF 12'000.-

Diese Leistungen werden für Behandlungen nach einer Versicherungsdauer von mindestens drei Jahren erbracht. Voraussetzung für die Leistung ist die Vorlage einer Diagnose der bestehenden Stellungsanomalie, der vorgesehenen Behandlungsmittel und eines Kostenvoranschlags. Wenn bei Vertragsabschluss eine gleichwertige Vorversicherung besteht, verzichtet der Versicherer auf eine Karenzfrist, sofern mindestens ein Elternteil auch bei der Sympany Gruppe versichert ist. Bereits bezogene Leistungen von Vorversicherern werden an die oben erwähnten Leistungen angerechnet, sofern kein Vorbehalt auf die gesamte Leistung ausgesprochen wurde.

5.3 Leistungen des Gemeinwesens

Die Leistungen werden im Nachgang zu eventuellen Leistungen der Kantone und Gemeinden gemäss deren Gesetzgebung über die öffentliche Zahnpflege erbracht. Die Beiträge der Kantone und Gemeinden werden an die Leistungen dieser Versicherungsabteilung angerechnet.

5.4 Leistungserbringer und Tarif

Die Vergütung erfolgt nach Massgabe des für zahnärztliche Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Tarifs. Wendet die Zahnärztin oder der Zahnarzt einen höheren Tarif als denjenigen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an, geht die Differenz zulasten der versicherten Person.

Als Zahnärztin oder Zahnarzt gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem

der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

5.5 Behandlung im Ausland

Behandlungen im Ausland werden übernommen, sofern die medizinischen Fachkräfte über eine Ausbildung verfügen, die einer schweizerischen gleichwertig ist, und die Kosten diejenigen in der Schweiz nicht übersteigen.

6 Alternativmedizin

6.1 Erfahrungsmedizinische Methoden

Bei medizinischer Indikation werden die Kosten erfahrungsmedizinischer, von einer Ärztin oder einem Arzt durchgeführter Methoden übernommen. Der Versicherer legt die anerkannten Methoden und Leistungslimiten in einer Liste fest.

6.2 Alternative Therapeuten und Heilmethoden

Der Versicherer entrichtet Beiträge im Bereich Alternativmedizin, wenn sowohl die Therapiemethode als auch die durchführende Therapeutin resp. der durchführende Therapeut oder die Naturheilärztin resp. der Naturheilarzt vom Versicherer anerkannt sind. Folgende Beiträge werden ausgerichtet:

allgemeiner zusatz	bis maximal CHF 70.– pro Therapiestunde (60 Minuten)
privat zusatz	bis maximal CHF 100.– pro Therapiestunde (60 Minuten)

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Therapieformen und Therapeutinnen bzw. Therapeuten. Die Liste der anerkannten Therapieformen und Therapeutinnen bzw. Therapeuten wird laufend angepasst oder ergänzt. Sie kann jederzeit beim Versicherer eingesehen werden.

Keine Kosten werden übernommen für Therapieformen sowie Behandlungen von Therapeutinnen und Therapeuten, die in der Negativliste des Versicherers enthalten sind.

Der Versicherer legt gemäss medizinischer Notwendigkeit die Anzahl Stunden fest, an die Beiträge entrichtet werden.

6.3 Zusätzliche Leistungen privat zusatz

An die ausgewiesenen Kosten weiterer, durch qualifizierte Personen vorgenommener Behandlungen wird aus dem privat zusatz folgender Beitrag pro Therapiestunde erbracht:

max. CHF 50.– pro Stunde und max. CHF 1'000.– pro Kalenderjahr

Alternativmedizinische Behandlungen, die in einem Nachbarland der Schweiz erbracht werden, sind gemäss den vorstehenden Bestimmungen bis maximal zu dem am Behandlungs-ort üblichen Tarif gedeckt.

6.4 Natürliche Heilmittel

Der Versicherer erbringt 90% der Kosten phytotherapeutischer, homöopathischer und anthroposophischer Heilmittel sowie von Oligosolen, soweit diese nicht aus der Grundversicherung gedeckt sind und nicht in der Negativliste des Versicherers enthalten sind.

6.5 Maximaler Leistungsbezug

Die Leistungen im Bereich Alternativmedizin sind eingeschränkt durch die

- Beitragshöhe pro Therapiestunde,
- Anzahl Therapiestunden,

- Liste der vom Versicherer anerkannten alternativen Therapiemethoden,
- Liste der vom Versicherer anerkannten Therapeutinnen und Therapeuten resp. Naturärztinnen und Naturärzte,
- Kostenbeteiligung bei ärztlicher Behandlung und natürlichen Heilmitteln,
- zeitliche Begrenzung (pro Kalenderjahr).

Für Therapieformen mit betraglichen Limiten wird kein zusätzlicher Selbstbehalt erhoben.

Die Gesamtlimiten im Bereich Alternativmedizin betragen maximal:

allgemeiner zusatz	CHF 3'000.– pro Kalenderjahr
privat zusatz	CHF 6'000.– pro Kalenderjahr

6.6 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach vorgängiger Antragstellung an den Versicherer erbracht. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten. Leistungen können davon abhängig gemacht werden, dass nicht gleichzeitig eine Parallelbehandlung erfolgt.

7 Nichtpflichtmedikamente

An die Kosten ärztlich verordneter Medikamente, die durch den Versicherer und vom schweizerischen Heilmittelinstitut zugelassen sind und weder in der Arzneimittelliste mit Tarif noch in der Spezialitätenliste gemäss KVG noch in der Negativliste des Versicherers enthalten sind, werden pro Kalenderjahr wie folgt übernommen:

allgemeiner zusatz	50%, bis maximal CHF 2'500.–
privat zusatz	90%, bis maximal CHF 5'000.–

8 Thermalbäder

An ärztlich verordnete Besuche von Thermalbädern wird pro Kalenderjahr ein Beitrag erbracht:

50%, maximal 12 Eintritte

9 Psychotherapeutische Behandlung

9.1 Leistungsumfang

Der Versicherer erbringt bei der Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbstständigen Praxisführung sind, Leistungen an bis zu 100 Behandlungsstunden:

An die ersten 50 Stunden maximal CHF 60.–

An die weiteren Stunden maximal CHF 50.–

9.2 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach Bewilligung des Kostengutsprache gesuches durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt des Versicherers erbracht.

Nach Ablauf der vom Versicherer bewilligten Anzahl Therapie-stunden, spätestens jedoch nach Ablauf der ersten 50 Therapiestunden, hat die Therapeutin oder der Therapeut der Vertrauensärztin oder dem Vertrauensarzt erneut über Therapieverlauf und Therapieplanung zu berichten.

Keine Leistungen werden erbracht bei Psychotherapien, welche zum Zwecke der Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsentwicklung oder zu Lernzwecken erfolgen. Im Weiteren werden keine Leistungen an eine Parallelbehandlung bei einer anderen Psychologin oder einem anderen Psychologen resp. einer anderen Psychiaterin oder einem anderen Psychiater erbracht.

9.3 Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Psychotherapeutische Leistungen werden aus dieser Versicherungsabteilung nur so lange erbracht, bis sie als obligatorische Leistungen in der Grundversicherung aufgenommen und durch diese gedeckt werden.

10 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Fahrtspesen

10.1 Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

10.1.1 Leistungsumfang

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel,
- des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton der versicherten Person zur stationären Behandlung,
- für Rettungs- und Bergungsaktionen

wird folgender Beitrag geleistet:

CHF 15'000.- pro Kalenderjahr

Transporte in Luftfahrzeugen werden nur übernommen, wenn sie medizinisch oder technisch unumgänglich sind.

10.1.2 Selbstbehalt

Pro Fall hat die versicherte Person folgenden Beitrag als Selbstbehalt zu tragen:

CHF 100.-

10.1.3 Suchaktionen

Zusätzlich zu den Kosten der Rettung oder Bergung einer versicherten Person werden Kosten für Suchaktionen übernommen:

CHF 20'000.- pro Kalenderjahr

10.2 Fahrtspesen

allgemeiner zusatz und **privat zusatz** decken Kosten, welche während einer regelmässigen ärztlichen Behandlung ausserhalb des Wohnortes für die Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel zwischen Wohn- und Behandlungsort anfallen. Leistungsvoraussetzung ist, dass die Behandlung am Wohnort oder in der näheren Umgebung nicht erbracht werden kann.

90%, bis maximal CHF 100.- pro Kalenderjahr

privat zusatz deckt Taxikosten, die für die während einer ambulanten Behandlung erforderlichen Transporte zwischen Wohn- und Behandlungsort anfallen. Leistungsvoraussetzung ist, dass es der versicherten Person aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, das öffentliche Verkehrsmittel oder ihr Privatfahrzeug zu benützen.

90%, bis maximal CHF 400.-* pro Kalenderjahr
* Maximalbetrag inkl. Kosten für öffentliche Verkehrsmittel

11 Kostenbeteiligung

Auf die Leistungen aus dieser Versicherungsabteilung wird, sofern sie nicht limitiert sind oder im Einzelnen nichts anderes bestimmt ist, ein Selbstbehalt von 10% erhoben.

Bei ärztlicher Wahlbehandlung im Ausland (**privat zusatz**) wird für versicherte Personen ab 18 Jahren eine Jahresfranchise im Umfang der ordentlichen Franchise gemäss KVG erhoben. Diese Franchise wird auch bei Mutterschaftsleistungen angewandt.

Bei alternativmedizinischer Behandlung durch Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten kann für versicherte Personen ab 18 Jahren eine Jahresfranchise im Umfang der ordentlichen Franchise gemäss KVG erhoben werden.

12 Altersklassen

In dieser Versicherungsabteilung gilt der Lebensalterstarif. Das heisst, die Prämien der Versicherungsabteilung steigen in der Regel mit jedem Wechsel in die nächsthöhere Altersklasse:

In Jahren					
0 - 18	26 - 30	36 - 40	46 - 50	56 - 60	71 - 80
19 - 25	31 - 35	41 - 45	51 - 55	61 - 70	81+

