



## Zusatzversicherung

Besondere Bedingungen (BB)  
plus und premium

Ausgabe 2022



# Besondere Bedingungen (BB) plus und premium nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Ausgabe 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Grundlagen der Versicherung</b>	<b>Seite 4</b>	<b>6</b>	<b>Alternativmedizin</b>	<b>Seite 6</b>
1.1	Zweck	Seite 4	6.1	Maximale Gesamtlimit	Seite 6
1.2	Versicherungsträger	Seite 4	6.2	Ärztliche Behandlung	Seite 6
1.3	Allgemeine Versicherungsbedingungen	Seite 4	6.3	Alternative Therapeuten und Heilmethoden	Seite 6
1.4	Versicherte Personen	Seite 4	6.4	Leistungen im Ausland	Seite 6
1.5	Leistungsvoraussetzung	Seite 4	6.5	Natürliche Heilmittel	Seite 6
1.6	Leistungen im Ausland	Seite 4	6.6	Leistungseinschränkungen	Seite 6
			6.7	Leistungsvoraussetzung	Seite 6
<b>2</b>	<b>Ärztliche Behandlung</b>	<b>Seite 4</b>	<b>7</b>	<b>Nichtpflichtmedikamente</b>	<b>Seite 6</b>
2.1	Behandlung ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes	Seite 4	<b>8</b>	<b>Thermalbäder</b>	<b>Seite 6</b>
2.2	Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung	Seite 4	<b>9</b>	<b>Psychotherapeutische Behandlung</b>	<b>Seite 6</b>
2.3	Ärztliche Behandlung im Ausland	Seite 4	9.1	Leistungsumfang	Seite 6
2.3.1	Wahlbehandlung		9.2	Leistungsvoraussetzung	Seite 6
2.3.2	Notfallbehandlung		9.3	Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung	Seite 7
2.3.3	Leistungsdauer		<b>10</b>	<b>Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Fahrtspesen</b>	<b>Seite 7</b>
<b>3</b>	<b>Prävention</b>	<b>Seite 4</b>	10.1	Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen	Seite 7
3.1	Impfungen	Seite 4	10.2	Fahrtspesen	Seite 7
3.2	Check-up-Untersuchung	Seite 4	<b>11</b>	<b>Kostenbeteiligung</b>	<b>Seite 7</b>
3.3	Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung	Seite 4	<b>12</b>	<b>Altersklassen</b>	<b>Seite 7</b>
3.4	Mutterschaft	Seite 4			
3.4.1	Geburtsvorbereitung				
3.4.2	Stillgeld				
3.5	Fit werden	Seite 5			
3.6	Fit bleiben	Seite 5			
<b>4</b>	<b>Hilfsmittel</b>	<b>Seite 5</b>			
4.1	Sehhilfen	Seite 5			
4.2	Übrige Hilfsmittel	Seite 5			
<b>5</b>	<b>Zahnärztliche Behandlung</b>	<b>Seite 5</b>			
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 5			

# plus und premium

## 1 Grundlagen der Versicherung

### 1.1 Zweck

plus, plus natura, premium und premium natura erbringen Leistungen an ambulante ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, zahnärztliche Prophylaxe und Zahnstellungskorrekturen bei Kindern, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente und vergüten ein Stillgeld.

premium erbringt die Leistungen grundsätzlich auch im Ausland. Ausserdem versichert premium auch die nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) nicht gedeckten Kosten bei Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben.

Die Varianten natura erbringen erhöhte Leistungen im Bereich Alternativmedizin. Sofern nicht anders vermerkt, entsprechen die Leistungen und Bestimmungen von plus natura jenen von plus, die von premium natura jenen von premium.

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 plus bzw. premium. Bei Abweichungen gehen die Besonderen Bedingungen von plus bzw. premium den Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor.

### 1.4 Versicherte Personen

plus können Personen ohne Altersbeschränkung abschliessen. premium kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen werden.

### 1.5 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.

### 1.6 Leistungen im Ausland

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

## 2 Ärztliche Behandlung

### 2.1 Behandlung ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes

Behandlungen durch KVG-Kassenärztinnen und -Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes der versicherten

Person erfolgen, sind im Nachgang zu den Leistungen der Grundversicherung gemäss dem am Behandlungsort gültigen KVG-Tarif voll gedeckt.

### 2.2 Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung

premium erbringt an ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspitalärztinnen und -ärzten und an Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem KVG-Tarif.

### 2.3 Ärztliche Behandlung im Ausland

#### 2.3.1 Wahlbehandlung

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

#### 2.3.2 Notfallbehandlung

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

#### 2.3.3 Leistungsdauer

Sofern die Bestimmungen von plus und premium 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 Beträge vergütet:

80%, bis max. CHF 220.–

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

### 3.2 Check-up-Untersuchung

An die ausgewiesenen Kosten einer Check-up-Untersuchung wird pro Kalenderjahr folgender Beitrag geleistet:

plus	maximal CHF 300.–
premium	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 vom Versicherer anerkannten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens (z.B. Raucherentwöhnung, Rückenschule, Ernährungsberatung) wird folgender Beitrag geleistet:

plus	maximal CHF 150.– pro Kalenderjahr
premium	maximal CHF 250.– pro Kalenderjahr

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

### 3.6 Fit bleiben

Für weitere anerkannte Präventivmassnahmen wie Sport, Fitness und Entspannungskurse können folgende Beträge ausgerichtet werden:

plus	maximal CHF 200.– pro Kalenderjahr
premium	maximal CHF 300.– pro Kalenderjahr

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Institutionen, Präventivmassnahmen, Kostenbeiträge und Leistungslimiten. Die Liste der anerkannten Institutionen, Präventivmassnahmen, Kostenbeiträge und Leistungslimiten wird laufend angepasst oder ergänzt und kann beim Versicherer jederzeit eingesehen werden.

## 4 Hilfsmittel

### 4.1 Sehhilfen

An Brillengläser und Kontaktlinsen, die zur Sehkorrektur benötigt werden, wird folgender Beitrag ausgerichtet:

plus	insgesamt CHF 270.– innerhalb von 3 Kalenderjahren
premium	insgesamt CHF 420.– innerhalb von 3 Kalenderjahren

An Kinder bis 18 Jahre wird folgender Beitrag ausgerichtet:

plus	insgesamt CHF 270.– pro Kalenderjahr
premium	insgesamt CHF 420.– pro Kalenderjahr

### 4.2 Übrige Hilfsmittel

An die Miet- oder Kaufpreise von anerkannten Hilfsmitteln, an die aus der Grundversicherung keine Leistungen erbracht werden, können bei medizinischer Indikation die Kosten vergütet werden.

50%, bis max. 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 Beitrag vergütet, sofern nicht gleichzeitig eine zahnärztliche Behandlung (konservierend, prothetisch etc.) durchgeführt werden muss:

CHF 60.– pro Kalenderjahr

An die Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung gemäss anerkanntem Tarif:

plus	70%, bis maximal CHF 10'000.–
premium	70%, bis maximal CHF 15'000.–

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

### 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.

### 6.1 Maximale Gesamtlimite

Im Bereich Alternativmedizin gelten für ärztliche Behandlungen, anerkannte Therapiemethoden und natürliche Heilmittel insgesamt folgende Gesamtlimiten:

plus	CHF 3'000.– pro Kalenderjahr
plus natura	CHF 6'000.– pro Kalenderjahr
premium	CHF 6'000.– pro Kalenderjahr
premium natura	CHF 10'000.– pro Kalenderjahr

### 6.2 Ärztliche Behandlung

plus und premium vergütet die Kosten für die ärztliche Behandlung folgender Methode der Alternativmedizin:

- erfahrungsmedizinische Methoden.

Der Versicherer bezeichnet die anerkannten erfahrungsmedizinischen Methoden, Tarife und Leistungslimiten. Die Liste der anerkannten Methoden, Tarife und Leistungslimiten wird laufend angepasst oder ergänzt. Sie kann jederzeit beim Versicherer eingesehen werden.

### 6.3 Alternative Therapeuten und Heilmethoden

plus und premium entrichten Beiträge im Bereich Alternativmedizin, wenn sowohl die Therapiemethode als auch die durchführende Therapeutin respektive der Therapeut oder die Naturheilärztin respektive der Naturheilarzt vom Versicherer anerkannt sind. Folgende Beiträge werden ausgerichtet:

plus und premium	50% der ausgewiesenen Kosten
plus natura und premium natura	80% der ausgewiesenen Kosten

An die ausgewiesenen Kosten nicht anerkannter Methoden, welche durch qualifizierte Personen vorgenommen werden, werden aus plus natura und premium natura folgende Beiträge erbracht:

plus natura	50%, bis insgesamt maximal CHF 1'000.– pro Kalenderjahr
premium natura	50%, bis insgesamt maximal CHF 2'000.– pro Kalenderjahr

Keine Kosten werden übernommen für Therapieformen sowie Behandlungen von Therapeutinnen und Therapeuten, die in der Negativliste des Versicherers enthalten sind. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Therapieformen, Therapeutinnen respektive Therapeuten und Leistungslimiten.

Der Versicherer kann die Anzahl Therapiesitzungen entsprechend der medizinischen Notwendigkeit festlegen. Die Liste der anerkannten Therapieformen, Therapeutinnen respektive Therapeuten und Leistungslimiten wird laufend angepasst oder ergänzt. Sie kann jederzeit beim Versicherer eingesehen werden.

### 6.4 Leistungen im Ausland

Alternativmedizinische Behandlungen, die in einem Nachbarland der Schweiz erbracht werden, sind aus plus natura und premium natura gemäss den vorstehenden Bestimmungen zu dem am Behandlungsort üblichen Tarif gedeckt.

### 6.5 Natürliche Heilmittel

plus und premium erbringen 80% 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.

### 6.6 Leistungseinschränkungen

Die Leistungen im Bereich Alternativmedizin sind eingeschränkt durch:

- Gesamtlimite,
- Leistungslimiten (Anzahl der Therapiesitzungen, Höchstbetrag pro Therapiestunde, Tarif),
- Liste der vom Versicherer anerkannten alternativen Therapiemethoden,
- Liste der vom Versicherer anerkannten Therapeutinnen und Therapeuten respektive Naturärztinnen und Naturärzte,
- Kostenbeteiligungen,
- zeitliche Begrenzung (pro Kalenderjahr).

### 6.7 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach vorgängiger Antragstellung an den Versicherer erbracht. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten. Der Versicherer kann die Leistungen ablehnen, wenn die versicherte Person gleichzeitig für dieselbe Krankheit bereits Leistungen für eine alternativ-medizinische Behandlung aus dieser oder einer anderen Versicherungsabteilung bezieht.

## 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, wird folgender Beitrag geleistet:

plus	90% unbegrenzt
premium	90% unbegrenzt

## 8 Thermalbäder

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

50%, maximal 12 Eintritte

## 9 Psychotherapeutische Behandlung

### 9.1 Leistungsumfang

Der Versicherer erbringt bei der Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nicht ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbstständigen Praxisführung sind, folgende Beiträge:

plus	50%, bis maximal CHF 1'000.– pro Kalenderjahr
premium	50%, bis maximal CHF 1'000.– pro Kalenderjahr

### 9.2 Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach Bewilligung des Kostengutsprachege suches durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt des Versicherers erbracht.

Keine Leistungen werden erbracht bei Psychotherapien, welche zum Zwecke der Selbstverwirklichung, der Persönlichkeits-

entwicklung oder zu Lernzwecken erfolgen. Im Weiteren werden keine Leistungen an eine Parallelbehandlung bei einer anderen Psychologin oder einem anderen Psychologen respektive 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

An die Kosten

- medizinisch notwendiger Notfalltransporte 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 Betrag aus plus oder premium geleistet:

100% der Kosten

An die Kosten für Suchaktionen wird folgender Beitrag geleistet:

CHF 100'000.– pro Kalenderjahr

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

### 10.2 Fahrtspesen

Kann eine ärztliche Behandlung am Wohnort oder in der näheren Umgebung nicht erbracht werden und ist deshalb eine regelmässige Behandlung ausserhalb des Wohnortes notwendig, wird folgender Beitrag an die Fahrtspesen (öffentliche Verkehrsmittel und Taxi) geleistet:

plus	bis maximal CHF 100.– pro Kalenderjahr
premium	bis maximal CHF 400.– pro Kalenderjahr

## 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 (premium) wird für versicherte Personen ab 18 Jahren eine Jahresfranchise im Umfang der ordentlichen Franchise gemäss KVG erhoben. Diese Franchise wird auch bei Mutterschaftsleistungen angewandt.

## 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+

