
Zusatzbedingungen (ZB) für Allgemeiner Zusatz

Ausgabe 1. Januar 2004

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung

- 1.1. Zweck
- 1.2. Versicherte
- 1.3. Leistungsvoraussetzung
- 1.4. Leistungen im Ausland
- 1.5. Vertrauensarzt
- 1.6. Kommissionsbeschlüsse

2. Ärztliche Behandlung

- 2.1. Ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes
- 2.2. Ärztliche Behandlungen im Ausland
- 2.3. Leistungsdauer

3. Prävention

- 3.1. Impfungen
- 3.2. Check-Up-Untersuchung
- 3.3. Mutterschaft
- 3.3.1. Geburtsvorbereitung
- 3.3.2. Stillgeld
- 3.4. Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten
- 3.5. Unterbindung/Vasektomie
- 3.6. Weitere Präventivmassnahmen

4. Hilfsmittel

- 4.1. Brillen und Kontaktlinsen
- 4.2. Übrige Hilfsmittel

5. Zahnärztliche Behandlung

- 5.1. Kontrolluntersuchungen ohne zahnärztliche Behandlungen
- 5.2. Zahnärztliche Behandlungen
- 5.3. Kieferorthopädische Behandlungen
- 5.4. Leistungen des Gemeinwesens
- 5.5. Leistungserbringer und Tarif

6. Alternativmedizin

- 6.1. Akupunktur
- 6.2. Naturärztliche Behandlung
- 6.3. Erfahrungsmedizinische Methoden
- 6.4. Natürliche Heilmittel
- 6.5. Natürliche Heilmethoden
- 6.6. Alternativmedizinische Behandlungen im Ausland
- 6.7. Maximaler Leistungsbezug
- 6.8. Leistungsvoraussetzung

7. Nichtpflichtmedikamente

8. Ambulante Badekuren

9. Psychotherapeutische Behandlung

- 9.1. Leistungsumfang
- 9.2. Leistungsvoraussetzung
- 9.3. Leistungsausschlüsse
- 9.4. Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

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

- 10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen
- 10.2. Suchaktionen

11. Rooming-in

12. Keine Kostenübernahme

13. Härtefälle

14. Schlussbestimmungen

- 14.1. Im Allgemeinen
- 14.2. Anwendungsbereich dieser ZB

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Zweck

Die Leistungen der oblig. Krankenpflegeversicherung (im folgenden OKP) gehen denjenigen des Allgemeinen Zusatzes vor.

Der AZ erbringt Leistungen an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, an Präventivmassnahmen, Brillen und Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, nicht-ärztliche psychotherapeutische Behandlungen, Kuren, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente, Rooming-in sowie an Stillgelder. Beiträge an Leistungen im Ausland kann der AZ zusätzlich erbringen, falls eine Kostengutsprache der vita surselva (im folgenden Versicherer) besteht.

Die Leistungen werden in der Regel im Nachgang zu allen anderen Versicherungen der AVB erbracht.

1.2. Versicherte

In den AZ können Personen ohne Altersbeschränkung aufgenommen werden.

1.3. Leistungsvoraussetzung

Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von Personen durchgeführt wird, die dafür vom Versicherer anerkannt sind.

Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt mit dem Beitritt zum AZ und erlischt mit dem Austritt aus dem AZ oder aus der OKP.

1.4. Leistungen im Ausland

Die Leistungen im Ausland werden nur ausgerichtet, falls ein Notfall oder eine Kostengutsprache des Versicherers besteht.

1.5. Vertrauensarzt

Der Vertrauensarzt des Versicherers kann prophylaktische Massnahmen zur freiwilligen Übernahme ausserordentlicher Leistungen empfehlen.

1.6. Kommissionsbeschlüsse

In Härtefällen kann die Verwaltungskommission zusätzliche Leistungen gewähren. Es besteht kein Rechtsanspruch auf solche Leistungen.

2. Ärztliche Behandlung

2.1. Ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes

Für Behandlungen durch KVG-Kassenärzte, die ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes des Versicherten erfolgen, ist im Nachgang zu den Leistungen der OKP der am Behandlungsort gültige KVG-Tarif voll gedeckt.

2.2. Ärztliche Behandlungen im Ausland

Bei ärztlicher Behandlung im Ausland übernimmt der AZ die Kosten gemäss KVG-Tarif am Wohnort des Versicherten.

2.3. Leistungsdauer

Sofern die Bestimmungen des AZ nichts anderes vorsehen, werden die Leistungen zeitlich unbegrenzt ausgerichtet.

3. Prävention

3.1. Impfungen

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz bei privaten Reisen ins Ausland dienen, werden 90% der effektiven Kosten, höchstens aber CHF 200.00 pro Kalenderjahr vergütet. Keine Leistungen werden erbracht an Impfungen, die berufsbedingt vorgenommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten ist, oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

3.2. Check-Up-Untersuchung

Der AZ übernimmt 90% der ausgewiesenen Kosten einer Kontrolluntersuchung, höchstens jedoch CHF 300.00 pro Kalenderjahr, wenn die Leistungen nicht durch die OKP übernommen werden.

3.3. Mutterschaft

3.3.1. Geburtsvorbereitung

An die ausgewiesenen Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses inkl. Rückbildungsgymnastik bei einer qualifizierten Lehrerin werden 90% der Kosten, maximal CHF 300.00 pro Schwangerschaft entrichtet.

3.3.2. Stillgeld

Der AZ zahlt CHF 150.00 Stillgeld pro Kind aus, wenn die versicherte Mutter ihr Kind oder ihre Kinder während zehn Wochen voll oder teilweise stillt. Der Nachweis ist auf dem Stillgeldformular des Versicherers zu erbringen.

3.4. Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten

Der AZ übernimmt an die ausgewiesenen Kosten eines ärztlich verordneten, von qualifiziertem Personal durchgeführten Kurses zur Erlernung gesundheitsfördernden Verhaltens (z.B. Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung, Rückenschule, Fitnessstunden, etc.) 90%, höchstens jedoch CHF 150.00 pro Kalenderjahr.

3.5. Unterbindung /Vasektomie

An die Kosten einer Unterbindung oder einer Vasektomie leistet der AZ einen Beitrag von CHF 200.00.

3.6. Weitere Präventivmassnahmen

Der AZ kann an weitere anerkannte Präventivmassnahmen Beiträge leisten.

4. Hilfsmittel

4.1. Brillen und Kontaktlinsen

An die Kosten von Brillengläsern oder Kontaktlinsen, die zur Sehkorrektur verordnet werden, werden maximal 50% der Kosten, höchstens jedoch CHF 250.00 pro Kalenderjahr ausgerichtet, wenn die Leistungen nicht durch die OKP übernommen werden.

4.2. Übrige Hilfsmittel

An die Miet- oder Kaufpreise von ärztlich verordneten Hilfsmitteln (z.B. Einlagen, Stützen, Inhalationsgeräte, etc.), für welche die OKP keine Leistungen erbringt, werden bei medizinischer Indikation 50% der Kosten, höchstens jedoch CHF 1000.00 pro Kalenderjahr vergütet. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel.

5. Zahnärztliche Behandlung

5.1. Kontrolluntersuchungen ohne zahnärztliche Behandlungen

Für Kontrolluntersuchungen und Zahnhygiene ohne zahnärztliche Behandlungen vergütet der AZ 70% der Kosten, höchstens jedoch CHF 100.00 pro Kalenderjahr.

5.2. Zahnärztliche Behandlungen

Für zahnärztliche Behandlungen vergütet der AZ 50% der Kosten, höchstens jedoch CHF 150.00 pro Kalenderjahr, wenn die Leistungen nicht durch die OKP oder einen anderen Kostenträger übernommen werden.

5.3. Kieferorthopädische Behandlungen

Für kieferorthopädische Behandlungen vergütet der AZ 70% der Kosten, höchstens jedoch CHF 3000.00 pro Kalenderjahr, sofern die Leistungen nicht durch die OKP übernommen werden.

5.4. Leistungen des Gemeinwesens

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

5.5. Leistungserbringer und Tarif

Die Vergütung erfolgt nach Massgabe des für zahnärztliche Leistungen der oblig. Krankenversicherung geltenden Tarifs. Als Zahnarzt oder Zahnärztin gilt, wer das entsprechende eidgenössische oder ein gleichwertiges Diplom besitzt oder wem der Kanton aufgrund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Berufsausübung erteilt hat.

6. Alternativmedizin

6.1. Akupunktur

Der AZ übernimmt die aus der OKP nicht gedeckten Kosten einer Akupunkturbehandlung, die von einer Ärztin oder einem Arzt mit eidgenössischem Diplom durchgeführt wird.

6.2. Naturärztliche Behandlung

Der AZ übernimmt die ausgewiesenen Kosten für Behandlungen bei Naturärztinnen und Naturärzten mit kantonaler Bewilligung, höchstens jedoch CHF 70.00 pro Therapiestunde.

6.3. Erfahrungsmedizinische Methoden

Bei medizinischer Indikation übernimmt der AZ die Kosten erfahrungsmedizinischer, von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführter Methoden. Der Versicherer legt die anerkannten Methoden und Leistungslimiten fest.

6.4. Natürliche Heilmittel

Für die Kosten phytotherapeutischer, homöopathischer und anthroposophischer Heilmittel sowie von Oligosolen übernimmt der AZ 50% der verordneten Kosten, soweit diese nicht aus der OKP gedeckt sind und nicht in der Negativliste des Versicherers enthalten sind. Diese Leistungen werden dem maximalen Leistungsbezug für Alternativmedizin nicht angerechnet.

6.5. Natürliche Heilmethoden

Die ausgewiesenen Kosten der vom Versicherer anerkannten alternativen Therapiemethoden werden vom AZ übernommen, sofern sie von qualifiziertem Personal durchgeführt werden. Die Therapieformen, die Anzahl Therapiestunden, die Beiträge und die Leistungslimiten legt der Versicherer fest. Als anerkannte Therapieformen gelten: Alexandertechnik, Qigong, Ayuverda, Heileurythmie, Fussreflexionenmassage, Elektro-Akupunktur nach Voll, Akupressur, Meridianmassage, Shiatsu, Feldenkraistherapie, Lymphdrainage, Rolfing, alt. Hydrotherapie, etc. An die Kosten weiterer, durch qualifizierte Personen vorgenommener Methoden, kann auf Empfehlung des Vertrauensarztes ein Beitrag vom AZ erbracht werden.

6.6. Alternativmedizinische Behandlungen im Ausland

Alternativmedizinische Behandlungen im Ausland werden nur mit Kostengutsprache des Versicherers erbracht.

6.7. Maximaler Leistungsbezug

Leistungen im Bereich der Alternativmedizin (Punkt 6.1.–6.6.) werden zu 90% vergütet, höchstens jedoch CHF 3000.00 pro Kalenderjahr.

6.8. Leistungsvoraussetzung

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

7. Nichtpflichtmedikamente

Die Kosten für Medikamente, die weder in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) noch in der Spezialitätenliste (SL) gemäss KVG noch in der Negativliste (NL) des Versicherers enthalten sind, werden pro Kalenderjahr mit 50%, höchstens jedoch CHF 750.00 aus dem AZ übernommen. Für Medikamente der NL und für Medikamente über der Limite gemäss SL vergütet der AZ keine Leistungen.

8. Ambulante Badekuren

An ärztlich verordnete ambulante Badekuren leistet der AZ einen Beitrag von 50% der Kosten für max. 12 Eintritte, höchstens jedoch CHF 200.00 pro Kalenderjahr.

9. Psychotherapeutische Behandlung

9.1. Leistungsumfang

Der AZ erbringt bei der Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbständigen Praxisführung sind, Leistungen von 50%, max. CHF 60.00 pro psychotherapeutische Behandlungsstunde, höchstens 25 Behandlungsstunden pro Kalenderjahr.

9.2. Leistungsvoraussetzung

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

9.3. Leistungsausschlüsse

Keine Leistungen werden erbracht bei Psychotherapien, welche zum Zwecke der Selbstverwirklichung oder zu Lernzwecken erfolgen.

9.4. Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Diese psychotherapeutischen Leistungen werden aus dem AZ nur solange erbracht, bis sie als obligatorische Leistungen aus der OKP gedeckt werden.

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

10.1. Transportkosten, Rettungs- und Bergungsaktionen in Notfällen

An die Kosten medizinisch notwendiger Nottransporte ins nächstgelegene geeignete Spital in einem zweckdienlichen Transportmittel, an die Kosten des Rücktransportes in ein geeignetes Spital im Wohnkanton des Versicherten zur stationären Behandlung und an die Kosten für Rettungs- und Bergungsaktionen leistet der AZ einen Beitrag von 90%, höchstens jedoch CHF 15000.00 pro Kalenderjahr.

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

Ist eine Mitgliedschaft (Gönnerschaft) bei einer Rettungsflugwacht oder ähnlichen Organisationen vorhanden, werden nur insoweit Kosten übernommen, als von diesen Organisationen keine Leistungen erbracht worden sind. Vorbehalten bleiben anderslautende vertragliche Vereinbarungen.

10.2. Suchaktionen

An die Kosten für Suchaktionen leistet der AZ einen Beitrag von 90%, höchstens jedoch CHF 20000.00 pro Kalenderjahr.

11. Rooming-in

Der AZ leistet bis zu CHF 50.00 pro stationärem Aufenthaltstag an die Kosten des gesunden Versicherten.

12. Keine Kostenübernahme

Der AZ erbringt ausdrücklich keine Leistungen für Pflegematerial, Windeln oder Bettunterlagen.

13. Härtefälle

Aufgrund einer schriftlichen Anfrage kann die Verwaltungskommission des Versicherers bei Härtefällen zusätzliche Leistungen auf freiwilliger Basis bewilligen. Nur finanzschwache Mitglieder haben die Möglichkeit, zusätzliche Leistungen auf freiwilliger Basis zu erhalten. Die Anfrage hat im Voraus zu erfolgen.

14. Schlussbestimmungen

14.1. Im Allgemeinen

Sofern zwischen dem Versicherer und den Leistungserbringern nichts anderes vereinbart ist, ist der Versicherte Honorarschuldner.

Beansprucht der Versicherte Leistungen des Versicherers, hat er ihm die detaillierten Originalrechnungen und Originalrezepte mit den erforderlichen Angaben innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungsstellung einzureichen. Die Behandlungszeit darf nicht älter als aus dem Vorjahr sein.

Der Versicherte kann dem Versicherer die Rechnungen vor der Bezahlung zur Prüfung vorlegen.

14.2. Anwendungsbereich dieser ZB

Enthalten diese ZB abweichende Bestimmungen zu den Statuten oder zu den Bundesgesetzen KVG und VVG, gehen diese den AZ-Zusatzbedingungen vor.