



Allgemeiner Zusatz und Privat-Zusatz

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB), Ausgabe 01.01.2011
Träger: ÖKK Versicherungen AG

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlagen der Versicherung

- 1.1. Zweck
- 1.2. Versicherte Personen
- 1.3. Leistungsvoraussetzung
- 1.4. Leistungen im Ausland

2. Ärztliche Behandlung

- 2.1. Behandlung ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes
- 2.2. Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung
- 2.3. Privatsprechstunde bei Spitalärztinnen und –ärzten ohne KVG-Unterstellung
- 2.4. Ärztliche Behandlung im Ausland
 - 2.4.1. Wahlbehandlung
 - 2.4.2. Notfallbehandlung
- 2.5. Leistungsdauer

3. Prävention

- 3.1. Impfungen
- 3.2. Check-up-Untersuchung
- 3.3. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- 3.4. Mutterschaft
 - 3.4.1. Geburtsvorbereitung
 - 3.4.2. Stillgeld
- 3.5. Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten
- 3.6. Weitere Präventivmassnahmen

4. Hilfsmittel

- 4.1. Sehhilfen
- 4.2. Übrige Hilfsmittel

5. Zahnärztliche Behandlung

- 5.1. Weisheitszähne
- 5.2. Leistungen für Kinder und Jugendliche
- 5.3. Leistungen des Gemeinwesens
- 5.4. Leistungserbringer und Tarif
- 5.5. Behandlung im Ausland

6. Alternativmedizin

- 6.1. Ärztliche Behandlung
- 6.2. Erfahrungsmedizinische Methoden
- 6.3. Alternative Therapeuten und Heilmethoden
- 6.4. Zusätzliche Leistungen PRIVAT-ZUSATZ
- 6.5. Natürliche Heilmittel
- 6.6. Maximaler Leistungsbezug
- 6.7. Leistungsvoraussetzung

7. Nichtpflichtmedikamente

8. Thermalbäder

9. Psychotherapeutische Behandlung

9.1. Leistungsumfang

9.2. Leistungsvoraussetzung

9.3. Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

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

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

10.1.1. Leistungsumfang

10.1.2. Selbstbehalt

10.1.3. Suchaktionen

10.1.4. Leistungen Dritter

10.2. Fahrtspesen

11. Kostenbeteiligung

1. Grundlagen der Versicherung

1.1. Zweck

Der ALLGEMEINE ZUSATZ und der PRIVAT-ZUSATZ erbringen Leistungen an ärztliche Behandlungen ausserhalb des Wohn- oder Arbeitsortes, Präventivmassnahmen, Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlungen, alternative Heil- und Behandlungsmethoden, Kuren, Transportkosten, Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen, Nichtpflichtmedikamente und zahlen ein Stillgeld aus.

Der PRIVAT-ZUSATZ versichert ausserdem die nach 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 AVB erbracht.

Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflege-Versicherung (BASIS) gehen denjenigen aus dieser Versicherungsabteilung vor.

1.2. Versicherte Personen

Im ALLGEMEINEN ZUSATZ können sich Personen ohne Altersbeschränkung versichern. Der PRIVAT-ZUSATZ kann bis zum vollendeten 60. Altersjahr abgeschlossen 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. Über die Anerkennung entsprechender Personen muss bei der Kasse Auskunft eingeholt werden.

1.4. Leistungen im Ausland

Die Leistungen des 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 der BASIS gemäss am Behandlungsort gültigem KVG-Tarif voll gedeckt.

2.2. Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte ohne KVG-Unterstellung

Der 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

Der PRIVAT-ZUSATZ erbringt an ambulante Privatsprechstunden bei leitenden Universitätsspital-Ärztinnen und -Ärzten, die sich nicht dem KVG unterstellt haben, Leistungen gemäss anerkanntem Tarif.

An psychotherapeutische Behandlungen werden aus dem PRIVATZUSATZ maximal 50 Stunden gemäss KVG-Tarif erbracht.

2.4. Ärztliche Behandlung im Ausland

2.4.1. Wahlbehandlung

Bei ärztlicher Behandlung im Ausland werden im PRIVAT-ZUSATZ die Kosten bis maximal zum doppelten KVG-Tarif am Wohnort der versicherten Person übernommen. Für Global-Versicherte besteht volle Kosten-Deckung entsprechend ortsüblichem Tarif.

An psychotherapeutische Behandlungen werden maximal 50 Stunden vergütet.

2.4.2. Notfallbehandlung

Bei notfallmässiger ärztlicher Behandlung im Ausland werden aus dem PRIVAT-ZUSATZ im Nachgang zu den Leistungen der BASIS die vollen Kosten gedeckt.

2.5. Leistungsdauer

Sofern die Bestimmungen des ALLGEMEINEN ZUSATZ und PRIVATZUSATZ nichts anderes vorsehen, werden die Leistungen zeitlich unbegrenzt ausgerichtet.

3. Prävention

3.1. Impfungen

An die Kosten von Impfungen, die dem Infektionsschutz dienen, werden 90% der effektiven Kosten, höchstens aber CHF 200.– pro Kalenderjahr, vergütet. Dabei werden keine Leistungen erbracht an Impfungen, die berufsbedingt vor genommen werden, deren Wirkung medizinisch umstritten sind oder die sich erst im Forschungsstadium befinden.

3.2. Check-up-Untersuchung

An die ausgewiesenen Kosten einer Check-up-Untersuchung wird nach jeweils zwei aufeinanderfolgenden bezugsfreien Kalenderjahren in der BASIS ein 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 Leistungen aus der BASIS erbracht werden.

3.4. Mutterschaft

3.4.1. Geburtsvorbereitung

An die ausgewiesenen Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses (inkl. Rückbildungsgymnastik) bei einer qualifizierten Fachperson, werden maximal CHF 200.– pro Schwangerschaft entrichtet.

3.4.2. Stillgeld

Es besteht Anspruch auf ein Stillgeld von CHF 250.–. Das Stillgeld wird ausbezahlt, wenn die versicherte Mutter ihr Kind während zehn Wochen voll oder teilweise stillt. Der Nachweis ist auf dem Kassen-Stillgeldformular zu erbringen.

3.5. Kurse zu gesundheitsförderndem Verhalten

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 bei der Kasse jederzeit eingesehen werden.

3.6. Weitere Präventivmassnahmen

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 innerhalb von 5 Kalenderjahren folgender Beitrag bezahlt:

ALLGEMEINER ZUSATZ: CHF 270.–

PRIVAT-ZUSATZ: CHF 420.–

Kindern bis 18 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 BASIS keine Leistungen erbracht werden, können bei medizinischer Indikation 50 % der Kosten bis zu einem Maximalbetrag von insgesamt CHF 250.– pro Kalenderjahr vergütet werden. Der Versicherer bezeichnet die anerkannten Hilfsmittel. Die Liste der anerkannten Hilfsmittel wird laufend angepasst oder ergänzt und kann bei der Kasse 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 Extraktion 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:

– Kosten einer Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen bis maximal CHF 60.– pro Kalenderjahr, sofern nicht gleichzeitig eine zahnärztliche Behandlung (konservierend, prothetisch etc.) durch geführt werden muss

– 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 beim Versicherer versichert ist. Bereits bezogene Leistungen von Vorversicherern werden an die oben erwähnten Leistungen angerechnet.

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 zu Lasten 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

Die Leistungen werden auch erbracht, wenn die Behandlung in einem Nachbarland der Schweiz erfolgt. Als Nachbarländer gelten Länder, die mit der Schweiz eine gemeinsame Grenze haben.

6. Alternativmedizin

6.1. Ärztliche Behandlung

Der Versicherer vergütet im ALLGEMEINEN ZUSATZ und PRIVAT-ZUSATZ 90 % der Kosten für die ärztliche Behandlung folgender Methoden der Alternativmedizin:

- Anthroposophische Medizin
- Chinesische Medizin
- Homöopathie
- Neuraltherapie
- Phytotherapie.

Voraussetzung ist eine anerkannte Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte in der entsprechenden Methode.

6.2. 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.

6.3. Alternative Therapeuten und Heilmethoden

Der Versicherer entrichtet Beiträge im Bereich Alternativmedizin, wenn sowohl die Therapiemethode als auch die durchführende Therapeutin resp. der Therapeut oder die Naturheilärztin resp. der Naturheilarzt vom Versicherer anerkannt ist. 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 Listen der anerkannten Therapieformen und Therapeutinnen bzw. Therapeuten werden laufend angepasst oder ergänzt. Die Liste der anerkannten Therapieformen und Therapeutinnen resp. Therapeuten kann jederzeit bei der Kasse eingesehen werden.

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

Die Kasse legt gemäss medizinischer Notwendigkeit die Anzahl Stunden fest, an die Beiträge entrichtet werden.

6.4. Zusätzliche Leistungen PRIVAT-ZUSATZ

An die ausgewiesenen Kosten weiterer, durch qualifizierte Personen vorgenommene Behandlungen wird aus dem PRIVAT-ZUSATZ ein Beitrag von maximal CHF 50.— pro Therapiestunde (60 Minuten) und max. CHF 1'000.— pro Kalenderjahr erbracht.

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

6.5. Natürliche Heilmittel

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

6.6. 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 Naturärzten,
- 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

6.7. Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach vorgängiger Antragstellung an die Kasse erbracht. Vorbehalten bleibt die vertrauensärztliche Überprüfung der medizinischen Indikation und der Qualifikation von Ärzten und Therapeuten. 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 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 von 50 % an die Kosten von maximal 12 Eintritten erbracht.

9. Psychotherapeutische Behandlung

9.1. Leistungsumfang

Die Versicherung erbringt bei der Behandlung psychischer Erkrankungen durch qualifizierte nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die im Besitz der kantonalen Bewilligung zur selbständigen Praxisführung sind, Leistungen bis zu 100 Behandlungsstunden. An die ersten 50 Stunden vergütet sie dabei einen maximalen Anteil von CHF 60.–, an die weiteren CHF 50.–.

9.2. Leistungsvoraussetzung

Die Leistungen werden nach Bewilligung des Kostengutsprachegesuches durch die Vertrauensärztin oder den Vertrauensarzt der Kasse erbracht. Nach Ablauf der von der Kasse bewilligten Anzahl Therapiestunden, 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 Psychologen resp. Psychiaterin oder Psychiater erbracht.

9.3. Verhältnis zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Diese psychotherapeutischen Leistungen werden aus dieser Versicherungsabteilung nur solange erbracht, bis sie als obligatorische Leistungen aus der BASIS 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 ein Beitrag bis insgesamt CHF 15'000.– pro Kalenderjahr geleistet.

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

10.1.2. Selbstbehalt

Pro Fall hat die versicherte Person CHF 100.– als Selbstbehalt zu tragen.

10.1.3. Suchaktionen

Zusätzlich zu den Kosten der Rettung oder Bergung einer versicherten Person werden Kosten für Suchaktionen bis maximal CHF 20'000.– pro Kalenderjahr übernommen.

10.1.4. Leistungen Dritter

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. Fahrtspesen

ALLGEMEINER ZUSATZ und PRIVAT-ZUSATZ decken 90% der 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. Pro Kalenderjahr werden maximal CHF 100.– übernommen.

Der PRIVAT-ZUSATZ deckt 90 % der 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. Pro Kalenderjahr werden maximal CHF 400.– übernommen.

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.

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