

Ausgabe 1. Januar 2014

Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB) PRIMEO Krankenpflege-Zusatzversicherung für ambulante Leistungen

Inhaltsverzeichnis

Allgemeines

1 Zweck

Leistungen

- 2 Freie Arztwahl bei ambulanter Behandlung
- 3 Übernachtung und Komfortleistungen
- 4 Implantate
- 5 Innovative Diagnose- und Behandlungsformen
- 6 Transporte
- 7 Mittel und Gegenstände
- 8 Ambulante Behandlung im Ausland
- 9 Vorsorgeuntersuchungen (Check-up)
- 10 Hotline

Versicherungsvarianten

- 11 Sonderstellung für besondere Versicherungsformen

Diverses

- 12 Prämienanpassung

Allgemeines

1 Zweck

- 1.1 Die PRIMEO Krankenpflege-Zusatzversicherung gewährt Leistungen an die Kosten für ambulante Behandlungen, welche durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckt werden.
- 1.2 Leistungen aus der vorliegenden Versicherung werden übernommen, wenn diese aus medizinischen Gründen in Anspruch genommen werden und notwendig sind.

Leistungen

2 Freie Arztwahl bei ambulanter Behandlung

- 2.1 Die PRIMEO deckt die Kosten für die freie Arztwahl im Rahmen einer ambulanten Behandlung. Der Versicherer vergütet dabei Mehrkosten, welche infolge freier Arztwahl bei ambulanten Behandlungen oder bei ambulanter Geburt anfallen.
- 2.2 Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass der Versicherer mit dem entsprechenden Leistungserbringer über eine vertragliche Einigung (Tarifvertrag) für diese Leistung verfügt.
- 2.3 Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Institutionen, bei welchen eine Arztwahl für ambulante Behandlungen oder ambulante Geburt und somit ein Leistungsanspruch besteht. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden (Homepage).

3 Übernachtung und Komfortleistungen

- 3.1 Für medizinisch nicht indizierte Übernachtungen, welche die versicherte Person direkt die Nacht vor und/oder im Anschluss an eine durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder eine durch die vorliegende Versicherung vergütete Behandlung in einer Klinik oder einem Hotel in Anspruch nimmt, vergütet der Versicherer insgesamt bis maximal CHF 400.– pro Behandlung sowie bis maximal CHF 1200.– pro Kalenderjahr.
- 3.2 Für Komfortleistungen, welche im Rahmen von ambulanten Behandlungen erbracht werden, übernimmt der Versicherer die Kosten im Rahmen der mit dem betreffenden Leistungserbringer getroffenen Vereinbarung. Die Komfortleistungen umfassen eine intensive Betreuung durch nichtärztliches Personal, die Unterbringung in einer separaten Erholungszone (z. B. 1- oder 2-Bettzimmer), gesonderte Verpflegung sowie besondere Dienstleistungen (z. B. WLAN, Printmedien, Telefon).
- 3.3 Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass der Versicherer mit dem entsprechenden Leistungserbringer bzw. Dienstleister über eine vertragliche Einigung (Tarifvertrag) für diese Leistung verfügt.
- 3.4 Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Leistungserbringer, welche Komfortleistungen anbieten. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden (Homepage).

4 Implantate

Für Implantate, welche bei ambulanten Behandlungen eingesetzt und durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht oder nicht vollständig vergütet werden, übernimmt der Versicherer für die durch die obligatorische Krankenversicherung nicht gedeckten Leistungen 90% der verrechneten Kosten, insgesamt maximal CHF 5000.– pro Kalenderjahr.

5 Innovative Diagnose- und Behandlungsformen

- 5.1 Für zweckmässige, innovative ambulante Diagnose- und Behandlungsformen, welche durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht vergütet werden, übernimmt der Versicherer 90% der verrechneten Kosten, insgesamt maximal CHF 5000.– pro Kalenderjahr.



5.2 Der Versicherer führt eine Liste derjenigen innovativen Diagnose- und Behandlungsformen, auf die Leistungsanspruch besteht sowie der Leistungserbringer, welche diese anbieten. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden (Homepage).

6 Transporte

6.1 Für Transportkosten übernimmt der Versicherer unter Berücksichtigung von Ziff. 22 AVB insgesamt maximal CHF 500.– pro Kalenderjahr.

6.2 Anspruch auf Vergütung der Kosten besteht nur für Transporte von bzw. zu einem nach der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anerkannten Leistungserbringer, sofern der Transport im Rahmen einer durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung oder die vorliegende Versicherung vergütete Behandlung erfolgt.

7 Mittel und Gegenstände

Für notwendige, auf ärztliche Verordnung abgegebene Mittel und Gegenstände nach der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL, Anhang 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung), welche die Limitierung der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) übersteigen, übernimmt der Versicherer für die durch die obligatorische Krankenversicherung nicht vollständig gedeckten Leistungen insgesamt maximal CHF 5000.– pro Kalenderjahr.

8 Ambulante Behandlung im Ausland

8.1 Bei einer gezielten, wissenschaftlich anerkannten und zweckdienlichen ambulanten Behandlung im Spital im Ausland übernimmt der Versicherer die Kosten nach erteilter Kostengutsprache. Dabei kann der Versicherer auch nur eine Kostengutsprache für einen Teil der gewünschten Behandlung abgeben.

8.2 Für die Inanspruchnahme weiterer Leistungen nach diesen ZVB (Übernachtung und Komfortleistung, Implantate, Innovative Diagnose- und Behandlungsformen, Transporte, Mittel- und Gegenstände, Vorsorgeuntersuchungen sowie Hotline) im Ausland gelten die jeweiligen Voraussetzungen bzw. Limiten.

9 Vorsorgeuntersuchungen (Check-up)

9.1 An die Kosten von Vorsorgeuntersuchungen (Check-up) vergütet der Versicherer bis maximal CHF 1700.– pro drei Kalenderjahre.

9.2 Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass der Versicherer mit dem entsprechenden Leistungserbringer über eine vertragliche Einigung (Tarifvertrag) für diese Leistung verfügt.

9.3 Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Institutionen, bei welchen ein Leistungsanspruch besteht. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden (Homepage).

10 Hotline

10.1 Bei der Benutzung kostenpflichtiger Hotlines und/oder Onlinedienste für medizinische Beratung durch einen von Helsana anerkannten Leistungserbringer übernimmt der Versicherer die verrechneten Kosten, insgesamt maximal CHF 300.– pro Kalenderjahr.

10.2 Der Versicherer führt eine Liste der für diese Leistung anerkannten Dienstleister. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden (Homepage).

10.3 Die Vergütung der Kosten erfolgt auf Einreichung der entsprechenden Telefonrechnung bzw. Rechnung des Onlinedienstes.

Versicherungsvarianten

11 Sonderstellung für besondere Versicherungsformen

Für versicherte Personen, welche andere besondere Versicherungsformen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG abgeschlossen haben (z. B. HMO, weitere Hausarztmodelle oder Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer), gelten die in den diesbezüglichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgehaltenen einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug auch für die vorliegende Versicherung.

Diverses

12 Prämienanpassung

12.1 Die Prämien werden nach dem Alter und Geschlecht der versicherten Person berechnet. Dabei werden die versicherten Personen in diejenige Altersgruppe eingeteilt, welche ihrem aktuellen Alter entspricht.

12.2 Ziff. 12.2 AVB für die Krankenzusatzversicherungen finden auf das Produkt PRIMEO keine Anwendung.

