

# Zusatzbedingungen (ZB) zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) *sanvita* – Krankenzusatzversicherung für Nichtraucher

Ausgabe 1. Januar 2022

## Inhaltsverzeichnis

### Leistungseinschränkung Krankenzusatzversicherung für Nichtraucher

#### **plus Zusatzversicherung Krankenpflege für Nichtraucher**

- 1 Sterilisation
- 2 Zahnbehandlungen
- 3 Transporte
- 4 Ohrenkorrekturen
- 5 Brillengläser, Kontaktlinsen
- 6 Hilfsmittel
- 7 Gesundheitsförderung
- 8 Diätberatung
- 9 Haushaltshilfe
- 10 Vorsorge
- 11 Komplementärmedizin
- 12 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel
- 13 Auslandbehandlungen

#### **Spitalzusatzversicherung für Nichtraucher**

- 14 Deckungsvarianten
- 15 Versicherungsdeckung und Leistungseinschränkung
- 16 Kürzung
- 17 Kostenanteil
- 18 Ausland
- 19 Assistance Dienstleistung bei medizinischen Notfällen  
im Ausland
- 20 Leistungen bei Mutterschaft
- 21 Second opinion
- 22 Besondere Heilanstalten
- 23 Kuren
- 24 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

## Leistungseinschränkung Kranken- zusatzversicherung für Nichtraucher

- 1 **Krankheiten, bei denen das Rauchen von Tabak-  
waren nach dem Beweisgrad der überwiegenden  
Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Ursache oder  
Teilursache für deren Entstehung darstellt oder die  
durch das Rauchen wesentlich intensiviert werden,  
sind aus der *sanvita* nicht gedeckt.** Dies gilt insbeson-  
dere (keine abschliessende Aufzählung) für nachstehende  
Krankheiten: Thrombangiitis obliterans (Bürgerkrankheit),  
Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs, Speiseröhrenkrebs, Zun-  
genkrebs, chronische Bronchitis, periphere arterielle Ver-  
schlusskrankheit.
- 2 Der Versicherte ist verpflichtet, auf Verlangen von *innova*  
und auf deren Kosten diejenigen **Abklärungen auf sich  
zu nehmen, welche es ermöglichen, einen allfälligen  
Zusammenhang einer Krankheit mit dem Rauchen  
von Tabakwaren zu klären.** Verletzt ein Versicherter diese  
Mitwirkungspflichten, so kann *innova* ihre Leistungen kür-  
zen oder gänzlich verweigern.

## **plus Zusatzversicherung Krankenpflege für Nichtraucher**

### **1 Sterilisation**

- 1 Nicht medizinisch indizierte Sterilisation bei Frauen.  
Deckungsvariante 1 und 2: 1000 Franken (einmalig).
- 2 Unterbindung bei Männern.  
Deckungsvariante 1 und 2: 500 Franken (einmalig).

### **2 Zahnbehandlungen**

- 1 Zahnärztliche Behandlungen (inkl. kieferorthopädische  
Behandlungen) von Personen bis zum zurückgelegten  
20. Altersjahr.  
Deckungsvariante 1 und 2: 75 Prozent der Kosten.
- 2 *innova* anerkennt den in der obligatorischen Kranken-  
pflegeversicherung (OKP) gültigen Tarif. Die Leistungen wer-  
den nur gewährt für krankheitsbedingte Behandlungen in  
der Schweiz und in den unmittelbar an die Schweiz angren-  
zenden Ländern.

### 3 Transporte

- 1 Medizinisch bedingte Kranken-, Unfall-, Verlegungs- und Rücktransporte sowie Bergungs- und Rettungsaktionen (Mannschafts- und Materialeinsatz).  
Deckungsvariante 1: 75 Prozent der Kosten.  
Deckungsvariante 2: 100 Prozent der Kosten.
- 2 Voraussetzung für die Ausrichtung der Leistungen ist, dass der Transport durch öffentliche Notfalldienste oder Transportunternehmen mit Bewilligung für gewerbsmässige Kranken- und Unfalltransporte ausgeführt wird.

### 4 Ohrenkorrekturen

Korrekturen abstehender Ohren.  
Deckungsvariante 1 und 2: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 1500 Franken (einmalig).

### 5 Brillengläser, Kontaktlinsen

Brillengläser und Kontaktlinsen, die zur Sehkorrektur benötigt werden.  
Deckungsvariante 1: keine Leistungen.  
Deckungsvariante 2: Bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr 75 Prozent der Kosten, im Maximum 200 Franken pro Kalenderjahr. Ab dem 19. Altersjahr 75 Prozent der Kosten, im Maximum 200 Franken innerhalb von drei Kalenderjahren.

### 6 Hilfsmittel

An die Miet- oder Kaufpreise von Hilfsmitteln gemäss Liste, an die aus der Grundversicherung keine Leistungen erbracht werden, bezahlt *innova* bei ärztlicher Verordnung folgende Kosten.  
Deckungsvariante 1: keine Leistungen.  
Deckungsvariante 2: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 300 Franken innerhalb von drei Kalenderjahren.  
*innova* führt eine Liste der anerkannten Hilfsmittel. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei *innova* eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

### 7 Gesundheitsförderung

An Abonnemente von gewisser Dauer in Fitnesscentern bezahlt *innova* folgende Kosten.  
Deckungsvariante 1: keine Leistungen.  
Deckungsvariante 2: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 250 Franken pro Kalenderjahr.  
Die Leistungen werden für vorbeugendes Krafttraining unter qualifizierter Anleitung zur Verhinderung von Rückfällen von Rückenleiden, Knieverletzungen usw. erbracht. *innova* führt eine Liste der anerkannten Fitnesscenter und der Abonnementsdauer. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei *innova* eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.

### 8 Diätberatung

- 1 Ärztlich verordnete und von einer diplomierten Ernährungsberaterin durchgeführte Diätberatung. Ausgenommen davon sind Beratungen bei Weight-Watchers und ähnlichen Organisationen.  
Deckungsvariante 1 und 2: 75 Prozent der Kosten.

### 9 Haushaltshilfe

Ärztlich verordnete Haushaltshilfe durch familienfremdes, ausgebildetes Haushaltshilfepersonal (Personal von

Gemeinden, Hauskrankenpflegevereinen und ähnlichen Organisationen).

Deckungsvariante 1: 50 Prozent der Kosten, im Maximum 2000 Franken pro Kalenderjahr.

Deckungsvariante 2: 50 Prozent der Kosten, im Maximum 2000 Franken pro Kalenderjahr. Davon werden auch Leistungen an im gleichen Haushalt lebende mündige Personen erbracht, sofern diesen durch die geleistete Hilfe ein nachweisbarer Verdienstausschlag entsteht. Die Leistung beträgt in solchen Fällen 50 Franken pro Tag, im Maximum während 14 Tagen pro Kalenderjahr.

### 10 Vorsorge

Check-up und Impfkosten durch einen eidg. diplomierten Arzt.  
Deckungsvariante 1: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 300 Franken pro Kalenderjahr.  
Deckungsvariante 2: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 500 Franken pro Kalenderjahr.

### 11 Komplementärmedizin

- 1 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden durch einen eidgenössisch diplomierten und anerkannten Arzt.  
Deckungsvariante 1: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 1500 Franken pro Kalenderjahr.  
Deckungsvariante 2: 75 Prozent der Kosten, im Maximum siehe Absatz 3.
- 2 Ambulante Behandlungen und Therapien nach komplementärmedizinischen Heilmethoden und verordnete Heilmittel, sofern sie nicht in der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) aufgeführt sind, durch einen Naturheilarzt oder anerkannte komplementärmedizinische Medizinalperson. *innova* führt eine Liste der anerkannten Therapeuten und Therapieformen. Diese Liste wird laufend angepasst und kann bei *innova* eingesehen oder auszugsweise einverlangt werden.  
Deckungsvariante 1: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 1500 Franken pro Kalenderjahr.  
Deckungsvariante 2: 75 Prozent der Kosten, im Maximum siehe Absatz 3.
- 3 In der Deckungsvariante 2 werden für Komplementärmedizin maximal 3000 Franken pro Kalenderjahr bezahlt.

### 12 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel

Ärztlich verordnete Arzneimittel, sofern sie bei swissmedic (Kontrollstelle für Heilmittel) für die in Frage stehende Indikation registriert sind und nicht in der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) aufgeführt sind.  
Deckungsvariante 1: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 1000 Franken pro Kalenderjahr.  
Deckungsvariante 2: 75 Prozent der Kosten, im Maximum 2000 Franken pro Kalenderjahr.

### 13 Auslandbehandlungen

Ambulante ärztliche Behandlung durch diplomierten Arzt.  
Deckungsvariante 1 und 2: 90 Prozent der Kosten, sofern es sich um einen Notfall handelt.

# Spitalzusatzversicherung für Nichtraucher

## 14 Deckungsvarianten

- 1 Die Spitalzusatzversicherung umfasst vier Deckungsvarianten:
  - 1: Allgemeine Abteilung Akutspital: Mehrbett-Zimmer
  - 2: Halbprivate Abteilung Akutspital: Zweibett-Zimmer
  - 3: Private Abteilung Akutspital: Einbett-Zimmer
  - 4: *switch*: frei wählbare Zimmerklasse bei Eintritt ins Akutspital.
- 2 Kennt ein Akutspital keine oder andere Einteilungskriterien für die Spitalabteilungen als die in diesen Zusatzbedingungen genannten, so werden diese versicherungsmässig als private Abteilungen behandelt.

## 15 Versicherungsdeckung und Leistungseinschränkungen

- 1 Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung in einem Akutspital übernimmt *innova* im Rahmen der versicherten Deckungsvariante sowie in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung die Mehrleistungskosten für den Aufenthalt (Unterkunft und Verpflegung) und die Behandlung (Spital- und Arztleistung) zeitlich und betragsmässig unbeschränkt. Vorbehalten bleiben die nachstehenden Leistungseinschränkungen.
- 2 Übernommen werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten in **Akutspitälern oder Spitalabteilungen von Akutspitälern**, welche die folgenden **Voraussetzungen** kumulativ erfüllen:
  - a) **das Spital oder die Spitalabteilung ist in den kantonalen Planungs- und Spitallisten gemäss Art. 39 KVG aufgeführt und der zuständige Kanton erbringt effektiv seinen in Art. 39 KVG vorgesehenen Kostenanteil;**
  - b) ***innova* hat mit dem Spital im Zeitpunkt des Eingangs des Kostengutsprachegehalts abgeschlossen, nach welchem die Aufenthalts- und Behandlungskosten vom Spital abgerechnet und von *innova* übernommen werden.**
- 3 Liegt zwischen *innova* und dem Akutspital kein gültiger Tarifvertrag im Sinne von Absatz 2 lit. b vor, gilt Folgendes:
  - ***innova* kann die Aufenthalts- und Behandlungskosten bis zu einer im Voraus festgelegten maximalen Höhe (Maximaltarif) übernehmen. Grundlage für den festgelegten Maximaltarif bilden die von *innova* anerkannten vergleichbaren Tarife für Mehrleistungen mit anderen Akutspitälern. Aufenthalts- und Behandlungskosten, die über dem von *innova* definierten Maximaltarif liegen, werden von *innova* nicht übernommen.** Die Spitäler oder Spitalabteilungen, für die eine maximale Kostenübernahme gilt, sowie der definierte Maximaltarif können einer entsprechenden Liste (Maximaltarifliste) entnommen werden. Bei Anwendung des Maximaltarifs informiert *innova* die Versicherten vor Spitaleintritt über den Umfang der übernommenen Kosten. Der Kostenanteil gemäss Artikel 17 wird vom Maximaltarif in Abzug gebracht;
  - **die Übernahme von Aufenthalts- und Behandlungskosten ist ausgeschlossen, wenn die vom Spital abgerechneten Kosten offensichtlich übersetzt sind und bei deren Übernahme gegen die Interessen der Kunden und deren Schutz vor missbräuchlichen Tarifen gemäss Versicherungsaufsichtsgesetz Artikel 38 verstossen**

würde. *innova* führt eine entsprechende **Negativliste, die die Ausschlüsse abschliessend und konkret aufführt.**

Die Maximaltarifliste und die Negativliste können auf der Webseite von *innova* eingesehen werden. Massgebend ist immer die zum Zeitpunkt des Eingangs des Kostengutsprachegehalts auf der Website von *innova* publizierte Liste.

- 4 Die **Versicherten haben sich vor einem planbaren Spitalaufenthalt zu vergewissern, dass das gewählte Spital oder die gewählte Spitalabteilung, in dem die Behandlung erfolgen soll, nicht auf der Negativliste aufgeführt ist oder ob eine Kostendeckung gemäss Maximaltarifliste gegeben ist.**
- 5 Als Behandlungskosten gelten die Aufwendungen der Behandlung einschliesslich Operation, Untersuchungen, Narkose, Assistent, Operationssaalbenützung, Medikamente, Verbandsmaterial, Wache und Desinfektion.
- 6 Aus der Spitalzusatzversicherung werden nur Arzthonorare (inkl. Narkose- und Assistenzarzt) von Ärzten übernommen, welche gemäss KVG Artikel 44 nicht in den Ausstand getreten sind.

## 16 Kürzung

Für Aufenthalte in einer anderen als der versicherten Abteilung übernimmt *innova* nach Abzug der Grundversicherungsleistungen folgende Kosten:

Versichert für:	Aufenthalt in:	Leistungen in %:
Allgemeine Abteilung	Halbprivate Abteilung	60 Prozent
Allgemeine Abteilung	Private Abteilung	30 Prozent
Halbprivate Abteilung	Private Abteilung	70 Prozent

Für Akutspitalaufenthalte in der Schweiz hat der Versicherte die Möglichkeit, den Nachweis zu erbringen, dass die Kosten der versicherten Abteilung höher gewesen wären als die nach der Reduktion ausgerichteten Leistungen. In diesem Fall erbringt *innova* die Leistungen im Rahmen der nachgewiesenen Höhe.

## 17 Kostenanteil

- 1 Bei Aufenthalten in einem Akutspital wird allen Versicherten mit Deckungsvariante 1, 2 oder 3 pro Spitaltag ein Beitrag von 10 Franken an die Verpflegung in Abzug gebracht.
- 2 Der Versicherte mit Deckungsvariante 4 hat folgenden Kostenanteil pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr und gewähltem Zimmer zu übernehmen:

Mehrbett-Zimmer	10 Franken
Zweibett-Zimmer	75 Franken
Einbett-Zimmer	200 Franken

Bei Akutspitalaufenthalten von Personen bis zum zurückgelegten 18. Altersjahr in einem Mehrbett-Zimmer wird kein Kostenanteil in Abzug gebracht.

## 18 Ausland

Für einen notfallmässigen Spitalaufenthalt im Ausland werden die Leistungen im Rahmen der gewählten Deckungsvariante übernommen. Bestehen keine analogen Einteilungskriterien, erfolgt die Rückerstattung nach den Ansätzen der Versicherung entsprechenden oder am nächsten kommenden Spitalabteilung.

## 19 Assistance Dienstleistung bei medizinischen Notfällen im Ausland

Die Assistance Dienstleistung (telefonische Beratung und Organisation von Verlegung sowie Repatriierung bei medizinischen Notfällen im Ausland) ist in allen Spitalzusatzversicherungen eingeschlossen und fakultativ nutzbar. Die Kontaktinformationen sind auf der Versichertenkarte oder der *innova*-Website ersichtlich.

## 20 Leistungen bei Mutterschaft

Bei Hausgeburten oder bei einem Spitalaustritt von Mutter und Kind innerhalb von drei Nächten (das Kriterium der Nacht ist erfüllt, wenn sich die Mutter um Mitternacht, 0:00 Uhr, im Spital befindet), richtet *innova* die folgende Entschädigung aus:

Deckungsvariante 1: 450 Franken

Deckungsvariante 2: 600 Franken

Deckungsvariante 3: 800 Franken

Deckungsvariante 4: 600 Franken

## 21 Second opinion

Die Versicherten können auf Kosten von *innova* vor einer Operation die Zweitmeinung (Second opinion) eines weiteren Arztes oder Spezialisten einholen. Auf dieser Leistung wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

## 22 Besondere Heilanstalten

Ein Akut- oder Übergangsaufenthalt in einer besonderen Heilanstalt (psychiatrische, geriatrische und palliative Kliniken, psychiatrische, geriatrische und palliative Abteilungen von Heilanstalten, Mehrzwecksanatorien und medizinische Rehabilitationsstationen) setzt eine medizinische Notwendigkeit, mit dem Ziel der Rückkehr des Versicherten zu jenem Zustand, in dem sich der Versicherte vor dem Aufenthalt befand, voraus (Aufenthalte in palliativen Kliniken resp. Abteilungen sind vom Ziel der Rückkehr des Versicherten zu jenem Zustand, in dem sich der Versicherte vor dem Aufenthalt befand, ausgenommen. Leistungen werden im Rahmen einer Übergangspflege von 14 Tagen erbracht).

Leistung: 100 Franken pro Tag während maximal 90 Tagen pro Kalenderjahr.

## 23 Kuren

- 1 Ärztlich verordnete Bade- und Erholungskuren in einer Kuranstalt gemäss Liste des Verbandes Heilbäder und Kurhäuser Schweiz.

Leistung im Rahmen der versicherten Deckungsvariante während längstens 21 Tagen pro Kalenderjahr:

Deckungsvariante 1 20 Franken pro Tag

Deckungsvariante 2 40 Franken pro Tag

Deckungsvariante 3 60 Franken pro Tag

Deckungsvariante 4 20 Franken pro Tag

- 2 Voraussetzung für die Ausrichtung der Badekurleistung ist, dass sich die versicherte Person einer ärztlichen Ein- und Austrittsvisite und bei Badekuren intensiven balneologischen und physiotherapeutischen Massnahmen unterzieht.
- 3 Die ärztliche Kurverordnung ist *innova* 14 Tage vor Kurantritt einzureichen.

## 24 Wirtschaftlichkeit der Behandlung

- 1 *innova* übernimmt die Kosten für stationäre Behandlungen und Operationen nach stationären Ansätzen nur aufgrund medizinischer Notwendigkeit und nur für jenes Spital oder jene Spitalabteilung, in welche(s) die versicherte Person aus medizinischen Gründen gehört.
- 2 Ausnahmen müssen mit medizinischen oder sozialen Risikofaktoren begründet sein und *innova* vorgängig zur Bewilligung eingereicht werden.
- 3 Für Operationen und Aufenthalte, welche aus medizinischer und sozialer Indikation keine stationäre Infrastruktur erfordern, werden keine Leistungen für stationäre Behandlungen aus dieser Spitalzusatzversicherung ausgerichtet.