

Zusatzbedingungen (ZB)

Vital

Zusatzversicherung gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) für ambulante Leistungen

Ausgabe Januar 2024 (Fassung 2024)

Versicherungsträgerin: Sanitas Privatversicherungen AG mit Sitz in Zürich

1 Zweck und Grundlagen

Das Zusatzversicherungsprodukt Vital beteiligt sich im Umfang der unten stehenden Bestimmungen an den Kosten für ambulante Leistungen, sofern und soweit sie nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) und die anderen Sozialversicherungen gedeckt sind, wenn diese medizinisch begründet sind.

Versichert sind die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall.

Über Sanitas Assistance sind zusätzlich Dienstleistungen bei Krankheit und Unfall im Ausland versichert. Die Bedingungen für Sanitas Assistance stellen einen integrierten Bestandteil dieser Zusatzbedingungen (ZB) dar und befinden sich im Anhang 1.

Grundlage dieser ZB bilden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zusatzversicherungen nach VVG. Diese gelten, sofern die vorliegenden ZB keine abweichende Regelung vorsehen.

2 Begriffsbestimmung und -verwendung

1 Von Sanitas geführte Listen

Sanitas führt folgende Listen, die integrierten Bestandteil der vorliegenden ZB bilden und in der jeweils gültigen Version auf den digitalen Sanitas Kanälen (z.B. sanitas.com) publiziert werden oder bei Sanitas einverlangt werden können.

- Nicht versicherte Präparate
- Hilfsmittel und Gegenstände
- Medizinische Vorsorge
- Anerkannte Therapiemethoden und Anforderung an Leistungserbringer (Alternativmedizin)
- Gesundheitsfördernde Massnahmen
- Weitere Behandlungsformen, Therapie- und Diagnostikangebote
- Elternschaft

Massgebend ist jeweils die zum Zeitpunkt des Beginns der Behandlung gültige Version der Liste. Diese Listen können von Sanitas jederzeit einseitig angepasst werden. Eine Anpassung berechtigt nicht zu einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder die Versicherungsnehmerin.

2 Familienangehörige

Als Familienangehörige im Sinne dieser ZB gelten Ehepartner/-innen oder eingetragene Partner/-innen, die eigenen Eltern bzw. die eigenen Kinder sowie Geschwister.

3 Akutspitäler

Als Akutspitäler gelten Heilanstalten und Kliniken, die ärztlich geleitet und überwacht werden und ausschliesslich akut erkrankte oder verunfallte Personen aufnehmen, sowie psychiatrische Kliniken, Kliniken für Geburtshilfe und Geburtshäuser und Rehabilitationskliniken. Nicht als Akutspitäler gelten Kurhäuser, Altersheime, Pflegeheime, Chronisch-krankenheime, Sterbehospize und andere nicht zur Behandlung von Akutkranken vorgesehene Einrichtungen.

4 Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV)

Die LPPV ist eine Liste namentlich aufgeführter, behördlich in der Schweiz zugelassener Präparate bestimmter therapeutischer Gruppen, die nicht ausschliesslich der Heilanzwendung dienen. Darunter fallen u.a. Präparate oder sogenannte Komfort- und Lifestylepräparate, die der Prophylaxe dienen.

5 Spezialitätenliste (SL) und Punktelimitationen

Die SL enthält die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergüteten Originalpräparate und günstigeren Generika mit Preisen. Die Aufnahme in die SL setzt eine Zulassung des Präparats durch die zuständige Schweizer Behörde voraus. Die in der SL gelisteten Medikamente müssen von den Krankenversicherern vergütet werden, sofern sie für die entsprechende ärztliche Indikation registriert sind. Dabei werden vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) für alle Präparate Maximalpreise und allfällige zusätzliche Limitationen definiert.

Eine dieser Limitationen ist die Punktelimitation, welche die zu vergütende Menge eines Präparats pro Quartal einschränkt. In diesen Fällen richtet sich die maximale Kostenübernahme durch die OKP nach den definierten Punktelimitationen.

6 Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL)

Die MiGeL enthält die Mittel und Gegenstände, die von den Versicherten selbst oder einer nicht beruflich an der Untersuchung oder Behandlung mitwirkenden Person oder von Pflegeheimen, Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause oder Pflegefachpersonen im Rahmen der Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG angewendet und von der OKP übernommen werden.

3 Versicherungsstufen

Vital kann in den Versicherungsstufen Basic, Smart oder Premium abgeschlossen werden. Mit steigender Versicherungsstufe erhöht sich der Gesamtleistungsumfang.

Die Versicherungsstufe Smart unterteilt sich bei den Leistungen für Alternativmedizin (Ziffer 6 Absatz 8 ZB) sowie für Gesundheitsförderung (Ziffer 6 Absatz 9 ZB) in je zwei Optionen mit unterschiedlichem Vergütungsumfang.

Die jeweils beiden Optionen für Leistungen der Alternativmedizin sowie der Gesundheitsförderung können unabhängig voneinander bei Neuabschluss gewählt oder bei bestehender Versicherung geändert werden.

4 Unterjähriger Versicherungsbeginn bei medizinischer Vorsorge, Alternativmedizin und Gesundheitsförderung

Bei Versicherungsbeginn während des Kalenderjahres wird der maximale Leistungsanspruch für Leistungen der medizinischen Vorsorge (Ziffer 6 Absatz 7 ZB), Alternativmedizin (Ziffer 6 Absatz 8 ZB) und Gesundheitsförderung (Ziffer 6 Absatz 9 ZB) nach der Anzahl der versicherten Monate pro rata berechnet.

5 Wechselmöglichkeiten und Wechselzeitpunkt

1 Wechselmöglichkeiten

Es besteht die Möglichkeit, die Versicherungsstufen Basic, Smart, Premium oder die Optionen innerhalb der Versicherungsstufe Smart zu ändern. Bei einer Erhöhung (Basic zu Smart, Basic zu Premium oder Smart zu Premium sowie bei der Wahl einer höheren Option in Smart) bedarf es einer Risikoprüfung. Für eine Herabstufung ist keine Risikoprüfung erforderlich.

2 Wechselzeitpunkt

Eine Änderung ist jeweils per 1. eines Monats möglich. Der Änderungsantrag muss bis spätestens am Vortag des beantragten Änderungsbeginns bei Sanitas eintreffen (letzter Tag des vorangehenden Monats).

Bei unterjähriger Änderung der Versicherungsstufe oder der Option innerhalb der Versicherungsstufe Smart werden die bereits ausgerichteten Versicherungsleistungen angerechnet.

6 Versicherte Leistungen

Der Leistungsumfang der abgeschlossenen Versicherungsstufe bzw. der gewählten Option ist

- in den nachfolgenden Auflistungen zusammen mit dem Vergütungsumfang mit den jeweiligen Tabellen sowie
- den dazugehörigen Listen geregelt.

1 Notfalltransporte sowie Rettungsmassnahmen, Such- und Bergungsaktionen in der Schweiz

Versichert sind folgende Leistungen:

- Kosten für Notfalltransporte und Rettungen sowie damit verbundene Massnahmen zum/zur nächstgelegenen und für die Behandlung geeigneten Arzt/Ärztin oder Spital, sofern von der OKP eine Pflichtleistung ausgerichtet wurde oder der jährliche Maximalbetrag für Transporte oder Rettungen der OKP bereits erreicht ist und aus diesem Grund keine Vergütung daraus ausgerichtet wird;
- Kosten für die Suche nach verunfallten oder akut erkrankten Personen;
- Kosten für die Bergung einer verstorbenen Person.

Vital Versicherungsstufe: Basic, Smart und Premium

100% der Kosten für Notfalltransporte und Rettungen

100% der Kosten, max. CHF 50 000.– pro Ereignis für Such- und Bergungskosten

2 Notfallbehandlungen im Ausland

Bei Erkrankungen oder Unfällen im Ausland werden im Nachgang zu den Sozialversicherungen die Kosten von akuten, wissenschaftlich anerkannten und zweckdienlichen Notfallbehandlungen während maximal 180 Tagen übernommen, sofern ein Rücktransport in die Schweiz nicht angemessen ist. Die Angemessenheit eines Rücktransportes in die Schweiz beurteilt der beauftragte, behandelnde Arzt oder die beauftragte, behandelnde Ärztin im jeweiligen Einzelfall.

Vor einer medizinischen Behandlung, insbesondere vor einem Spitaleintritt, ist, sofern keine Gefahr im Verzug ist, unverzüglich Sanitas Assistance zu kontaktieren, welche die Behandlung koordiniert und organisiert sowie Kostengutsprache erteilt.

Wird Sanitas Assistance nicht oder nicht rechtzeitig informiert, werden keine Kosten übernommen. Diese Folge tritt nicht ein, wenn die Verletzung der Pflichten den Umständen nach im Sinne von Art. 45 VVG als unverschuldet anzusehen ist oder wenn die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und den Umfang der von Sanitas geschuldeten Leistung gehabt hat. Bei unverschuldeter Fristversäumnis hat die versicherte Person das Recht, die versäumte Handlung nach Wegfall des Hindernisses unverzüglich nachzuholen.

In Abweichung von Ziffer 2 Absatz 1 der AVB ist das Mutterschaftsrisiko, mit Ausnahme von schweren Komplikationen bis zur 27. Schwangerschaftswoche, nicht versichert. Als schwere Komplikation in der Schwangerschaft im Sinne dieser ZB gilt eine unerwartet im Ausland neu eingetretene Situation, die für die Gesundheit des Fötus oder der Mutter eine ernsthafte Gefahr darstellt.

Vital Versicherungsstufe: Basic, Smart und Premium

100% der Kosten für ambulante Behandlungen durch Ärzte oder Ärztinnen oder auf ärztliche Verordnung während max. 180 Tagen

100% der Kosten für Medikamente, die Ärzte oder Ärztinnen im Rahmen ihrer Behandlungen verordnen während max. 180 Tagen

100% der Kosten für stationäre Aufenthalte, Pflege und Behandlungen in einem Akutspital während max. 180 Tagen

Zusätzlich sind Dienstleistungen über Sanitas Assistance gemäss Anhang 1 versichert.

3 Medikamente und Präparate

Versichert sind folgende, ärztlich verordnete und in der Schweiz behördlich zugelassene und für die entsprechende ärztliche Indikation registrierte:

- Medikamente und Präparate, die weder in der LPPV noch in der SL aufgeführt sind;
- Medikamente und Präparate, die in der SL aufgeführt und mit Punktelimitation versehen sind. Versichert ist der die Punktelimitation übersteigende Betrag.

Die in der Liste «Nicht versicherte Präparate» aufgeführten Medikamente und Präparate sind nicht versichert.

Vital Versicherungsstufe: Basic, Smart und Premium

90% der Kosten

Pro Präparat werden innerhalb eines Therapiejahres ab Behandlungsbeginn bis max. CHF 50 000.– vergütet.

Bei klaren Indizien für einen missbräuchlichen Medikamentenbezug kann Sanitas die Vergütung einschränken oder verweigern.

4 Hilfsmittel und Gegenstände

Versichert sind die Kosten für folgende, ärztlich verordnete Hilfsmittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen:

- Hilfsmittel und Gegenstände gemäss MiGeL;
- Hilfsmittel und Gegenstände gemäss Liste «Hilfsmittel und Gegenstände». Sofern zeitliche Abstände bei wiederholtem Bezug eines Hilfsmittels oder Gegenstandes zu berücksichtigen sind, ist dies auf der Liste vermerkt. Diese zeitlichen Abstände können durch Sanitas nicht abgeändert werden. Zudem können bei bereits auf der Liste bestehenden Leistungen keine zeitlichen Abstände neu hinzugefügt werden.

Bei den in der MiGeL gelisteten Hilfsmitteln ist der die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG übersteigende Betrag versichert. Übersteigende Mengenlimitationen sind nicht versichert.

Vital Versicherungsstufe: Basic, Smart und Premium

90% der Kosten, max. CHF 1000.– pro Kalenderjahr

5 Sehhilfen und refraktive Chirurgie

Sanitas übernimmt die Kosten für geschliffene Brillengläser inkl. Gestell, für Kontaktlinsen, die als Sehhilfen verwendet werden, sowie für refraktive Chirurgieleistungen zur Verbesserung der Sehfähigkeit.

Vital Versicherungsstufe: Basic und Smart

100% der Kosten, max. CHF 300.– innerhalb von 3 Kalenderjahren

Vital Versicherungsstufe: Premium

100% der Kosten, max. CHF 600.– innerhalb von 3 Kalenderjahren

In Abweichung zu Ziffer 5 der AVB gilt der Versicherungsschutz für Sehhilfen und refraktive Chirurgie in der Schweiz und in den an die Schweiz grenzenden Ländern (Deutschland, Frankreich, Fürstentum Liechtenstein, Italien, Österreich).

6 Kieferorthopädie

Versichert sind kieferorthopädische sowie -chirurgische Behandlungen (inkl. der hierfür notwendigen Medikamente) bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 20. Altersjahr vollendet wird.

Voraussetzung für die Kostenübernahme von kieferorthopädischen sowie -chirurgischen Behandlungen ist, dass diese durch einen Fachzahnarzt oder eine Fachzahnärztin mit einer Weiterbildung für Kieferorthopädie durchgeführt werden.

Nicht versichert sind die Kosten für Zahnextraktionen.

Vital Versicherungsstufe: Basic

50% der Kosten, max. CHF 10 000.– pro Kalenderjahr

Vital Versicherungsstufe: Smart

50% der Kosten

Vital Versicherungsstufe: Premium

80% der Kosten

In Abweichung zu Ziffer 5 der AVB gilt der Versicherungsschutz für Kieferorthopädie in der Schweiz und in den an die Schweiz grenzenden Ländern (Deutschland, Frankreich, Fürstentum Liechtenstein, Italien, Österreich).

Die Kosten von Behandlungen im Ausland werden höchstens im Umfang der Kosten einer gleichwertigen Behandlung in der Schweiz übernommen.

7 Medizinische Vorsorge

Versichert sind die nachstehenden Vorsorgemassnahmen durch medizinisches Fachpersonal zur Früherkennung von Krankheiten und zur Prävention:

Vital Versicherungsstufe:	Basic
Impfungen und Impfberatungen	Versichert
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen	Versichert
Medizinische Check-ups	Nicht versichert
Untersuchungen zur Früherkennung von Krebsleiden	Nicht versichert
Selbsttests	Nicht versichert

Vital Versicherungsstufe:	Smart
Impfungen und Impfberatungen	Versichert
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen	Versichert
Medizinische Check-ups	Versichert
Untersuchungen zur Früherkennung von Krebsleiden	Versichert
Selbsttests	Nicht versichert

Vital Versicherungsstufe:	Premium
Impfungen und Impfberatungen	Versichert
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen	Versichert
Medizinische Check-ups	Versichert
Untersuchungen zur Früherkennung von Krebsleiden	Versichert
Selbsttests	Versichert

Auf der Liste «Medizinische Vorsorge» sind die versicherten medizinischen Check-ups und Selbsttests sowie weitere versicherte Vorsorgeleistungen aufgeführt. Sofern zeitliche Abstände bei wiederholtem Bezug einer Vorsorgemassnahme zu berücksichtigen sind, ist dies auf der Liste vermerkt. Diese zeitlichen Abstände können durch Sanitas nicht abgeändert werden. Zudem können bei bereits auf der Liste bestehenden Leistungen keine zeitlichen Abstände neu hinzugefügt werden.

Vital Versicherungsstufe: Basic

80% der Kosten, max. CHF 500.– pro Kalenderjahr

Vital Versicherungsstufe: Smart

80% der Kosten, max. CHF 1000.– pro Kalenderjahr

Vital Versicherungsstufe: Premium

80% der Kosten, max. CHF 1500.– pro Kalenderjahr

8 Alternativmedizin

Für medizinisch notwendige Untersuchungen, Therapien und abgegebene Heilmittel sind alternativmedizinische Leistungen versichert, sofern der gewählte Leistungserbringer, die angewandte Therapiemethode sowie die verabreichten Heilmittel von Sanitas anerkannt sind. Stationäre alternativmedizinische Leistungen sind nicht versichert.

Auf der Liste «Anerkannte Therapiemethoden und Anforderungen an Leistungserbringer» sind die anerkannten Therapiemethoden und Heilmittel sowie Anforderungen an Leistungserbringer aufgeführt.

Vital Versicherungsstufe: Basic

Nicht versichert

Vital Versicherungsstufe: Smart

Option 1: 80% der Kosten, max. CHF 2500.– pro Kalenderjahr, davon maximal CHF 250.– für auf der Liste gekennzeichnete Massage-Therapiemethoden

Option 2: 80% der Kosten, max. CHF 5000.– pro Kalenderjahr, davon maximal CHF 500.– für auf der Liste gekennzeichnete Massage-Therapiemethoden

Vital Versicherungsstufe: Premium

80% der Kosten, max. CHF 10 000.– pro Kalenderjahr, davon maximal CHF 750.– für auf der Liste gekennzeichnete Massage-Therapiemethoden

9 Gesundheitsförderung

Versichert sind Massnahmen in den beiden Bereichen «Bewegung» und «weitere gesundheitsfördernde Massnahmen».

Versichert im Bereich «Bewegung» sind gemäss Liste «Gesundheitsfördernde Massnahmen»:

- Beiträge an ein Fitnesscenter-Abonnement bei zertifizierten Anbietern;
- Beiträge für Bewegungskurse bei zertifizierten Anbietern.

Versichert im Bereich «weitere gesundheitsfördernde Massnahmen» sind gemäss Liste «Gesundheitsfördernde Massnahmen»:

- Beiträge an Kurse, Programme oder Analysen betreffend Ernährung, mentale Balance oder sonstige gesundheitsfördernde Themen;
- Kurse oder Programme zur Entwöhnung von Alkohol oder Tabak/Nikotin je alle 3 Kalenderjahre;
- Erste-Hilfe-Kurs alle 3 Kalenderjahre.

Auf der Liste «Gesundheitsfördernde Massnahmen» sind Präzisierungen (z.B. Kursarten) für die versicherten Leistungen aufgeführt. Sofern zeitliche Abstände bei wiederholtem Bezug einer gesundheitsfördernden Massnahme zu berücksichtigen sind, ist dies auf der Liste vermerkt. Diese zeitlichen Abstände können durch Sanitas nicht abgeändert werden. Zudem können bei bereits auf der Liste bestehenden Leistungen keine zeitlichen Abstände neu hinzugefügt werden.

Vital Versicherungsstufe: Basic

Nicht versichert

Vital Versicherungsstufe: Smart

Option 1: 50% der Kosten, max. CHF 200.– pro Bereich; zusammen max. CHF 400.– pro Kalenderjahr

Option 2: 50% der Kosten, max. CHF 300.– pro Bereich; zusammen max. CHF 600.– pro Kalenderjahr

Vital Versicherungsstufe: Premium

80% der Kosten, max. CHF 400.– pro Bereich; zusammen max. CHF 800.– pro Kalenderjahr

10 Weitere Behandlungsformen, Therapie- und Diagnostikangebote

Versichert sind die nachfolgenden Leistungen für weitere Behandlungsformen, Therapie- und Diagnostikangebote:

Vital Versicherungsstufe:	Basic	Smart	Premium
Nicht ärztliche Psychotherapie	Nicht versichert	Versichert	Versichert
Unterbindungen (Sterilisation/Vasektomie)	Nicht versichert	Versichert	Versichert
Kosmetische Eingriffe: - Anlegen absteherender Ohren - Narbenkorrektur inkl. Lasertherapie - Brustverkleinerungen	Nicht versichert	Versichert	Versichert
Podologie	Nicht versichert	Versichert	Versichert
Hippotherapie	Nicht versichert	Versichert	Versichert
Stosswellentherapie bei folgenden Diagnosen: - Schulterver kalkung (Tendinosis calcarea) - Entzündung der Plantarsehne an der Fusssohle, Fersensporn (Fasziitis plantaris/Plantarfasziitis) - Schmerzsyndrom der Achillessehne (Achillodynie)	Nicht versichert	Versichert	Versichert
Genetische Tests alle 5 Jahre pro Fall zur frühzeitigen Erkennung von Risiken zur Entwicklung bestimmter Erkrankungen nach Verordnung durch in der Schweiz anerkannte Ärzte oder Ärztinnen mit eidgenössischem Weiterbildungstitel «Medizinische Genetik» oder einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in engstem fachlichem Zusammenhang zur untersuchenden Krankheit.	Nicht versichert	Nicht versichert	Versichert
Innovative, diagnostische und therapeutische Massnahmen sowie Behandlungen	Nicht versichert	Nicht versichert	Versichert

Auf der Liste «Weitere Behandlungsformen, Therapie- und Diagnostikangebote» sind Präzisierungen (z.B. versicherte genetische Tests) für die versicherten Massnahmen aufgeführt. Sofern zeitliche Abstände bei wiederholtem Bezug einer Leistung zu berücksichtigen sind, ist dies auf der Liste vermerkt. Diese zeitlichen Abstände können durch Sanitas nicht abgeändert werden. Zudem können bei bereits auf der Liste bestehenden Leistungen keine zeitlichen Abstände neu hinzugefügt werden.

Vital Versicherungsstufe: Basic

Nicht versichert

Vital Versicherungsstufe: Smart

80% der Kosten, max. CHF 1000.- pro Kalenderjahr

Vital Versicherungsstufe: Premium

80% der Kosten, max. CHF 5000.- pro Kalenderjahr

11 Elternschaft

Versichert sind Massnahmen zur Förderung der körperlichen und mentalen Gesundheit von Familien aus den Bereichen Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft. Der Anspruch auf Elternschaftsleistungen beginnt 9 Monate nach Eingang des Antrags bei Sanitas.

Vergütet werden Leistungen für:

- Ultraschall- und Kontrolluntersuchungen: je ein Ultraschall und eine Untersuchung pro Schwangerschaft (durchgeführt von einem Arzt oder einer Ärztin oder einer Hebamme);
- Schwangerschaftsgymnastik;
- Geburtsvorbereitungskurse;
- Rückbildungskurse;
- Milchersatz bei Unverträglichkeit von Muttermilch (maximal 2 Jahre ab Geburt);
- Babyschwimmen (in den ersten 12 Monaten ab Geburt);
- Eltern-Kind-Turnen;
- weitere Kurse, Schulungen und Programme aus den Bereichen Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft.

Auf der Liste «Elternschaft» sind Präzisierungen (z.B. versicherte weitere Kurse) für die versicherten Leistungen aufgeführt. Sofern zeitliche Abstände bei wiederholtem Bezug einer Elternschaftsleistung zu berücksichtigen sind, ist dies auf der Liste vermerkt. Diese zeitlichen Abstände können durch Sanitas nicht abgeändert werden. Zudem können bei bereits auf der Liste bestehenden Leistungen keine zeitlichen Abstände neu hinzugefügt werden.

Vital Versicherungsstufe: Basic

Nicht versichert

Vital Versicherungsstufe: Smart und Premium

80% der Kosten, max. CHF 1000.- pro Kalenderjahr

Für unbezahlten Urlaub eines Elternteils zur Betreuung des vom anderen Elternteil geborenen Kindes werden auf Antrag Taggeldleistungen vergütet. Voraussetzungen für die Ausrichtung der Taggeldleistungen sind:

- vorgeburtlicher Abschluss der Versicherungsstufe Premium für das Kind (zusätzlich zur Versicherungsstufe Premium jenes Elternteils, welcher Taggeldleistungen bezieht);
- Bezug des unbezahltenurlaubes innerhalb von 6 Monaten nach der Geburt.

Für unbezahlten Urlaub eines Adoptivelternteils zur Betreuung des Kindes zur Adoption werden auf Antrag ebenfalls Taggeldleistungen vergütet. Voraussetzungen für die Ausrichtung der Taggeldleistungen sind:

- Bezug des unbezahltenurlaubes innerhalb von 12 Monaten ab Aufnahme des Kindes zur Adoption in die Hausgemeinschaft in der Schweiz;
- Anspruch auf gesetzlichen Adoptionsurlaub.

Bei einer gemeinschaftlichen Adoption und einer bestehenden Versicherungsstufe Premium bei beiden Adoptivelternteilen ist der unten stehende Taggeldanspruch nicht kumulierbar. Die Taggelder können jedoch in diesem Fall anteilmässig unter den beiden Adoptivelternteilen aufgeteilt werden.

Vital Versicherungsstufe: Basic und Smart

Nicht versichert

Vital Versicherungsstufe: Premium

Leistungen bei leiblicher Geburt des anderen Elternteils: CHF 200.- pro unbezahlten Ferientag, max. CHF 1000.- pro Geburt (auch bei Mehrlingsgeburt)

Leistungen bei Adoptivelternschaft (insg. für beide Adoptionselternteile): CHF 200.- pro unbezahlten Ferientag, max. CHF 1000.- pro Adoption (auch bei Mehrfachadoption)

12 Geplante Transporte

Versichert sind die Kosten für Transporte wegen einer geplanten Behandlung der versicherten Person, sofern von der OKP eine Pflichtleistung ausgerichtet wurde oder der jährliche Maximalbetrag für Transporte der OKP bereits erreicht ist und aus diesem Grund keine Vergütung daraus ausgerichtet wird.

Vital Versicherungsstufe: Basic und Smart

Nicht versichert

Vital Versicherungsstufe: Premium

80% der Kosten, max. CHF 500.- pro Kalenderjahr

7 Durchführungsort der Leistung

Grundsätzlich ist die Leistungsdurchführung in den Örtlichkeiten des Leistungserbringers versichert. Eine Leistungsdurchführung über andere Kanäle (z.B. via Videotelefonie) ist versichert, sofern sie in einer der für diese Zusatzbedingungen anwendbaren Listen aufgeführt wird.

8 Leistungsausschlüsse

In Ergänzung zu den in Ziffer 7 der AVB aufgeführten Leistungsausschlüssen sind aus dieser Zusatzversicherung folgende Leistungen nicht versichert:

1 Leistungsausschlüsse für unter Familienangehörigen erbrachte Leistungen

Leistungen für Kieferorthopädie (Ziffer 6 Absatz 6 ZB) und für Alternativmedizin (Ziffer 6 Absatz 8 ZB) werden nicht vergütet, wenn diese unter Familienangehörigen erbracht werden.

2 Notfalltransporte sowie Rettungsmassnahmen, Such- und Bergungsaktionen in der Schweiz (Ziffer 6 Absatz 1 ZB)
Nicht versichert sind die Kosten von Ereignissen, die auf den Einfluss von Drogen- und Alkoholkonsum sowie Medikamentenmissbrauch oder Selbstmordversuche zurückzuführen sind.

3 Notfallbehandlungen im Ausland (Ziffer 6 Absatz 2 ZB)
Es werden keine Leistungen vergütet, wenn die versicherte Person mit der Absicht einer Behandlung ins Ausland reist.

9 Abweichungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

Die nachfolgenden Ziffern gehen den anwendbaren AVB vor:

1 Gegenstand der Versicherung (Ziffer 2 AVB)
Abweichung für Notfallbehandlungen im Ausland (Ziffer 6 Absatz 2 ZB).

2 Örtlicher Geltungsbereich (Ziffer 5 AVB)
Abweichung für Sehhilfen und refraktive Chirurgie (Ziffer 6 Absatz 5 ZB) sowie Kieferorthopädie (Ziffer 6 Absatz 6 ZB).

Der örtliche Geltungsbereich für die Leistungserbringung kann mittels der von Sanitas geführten Listen erweitert werden.

3 Vertragsdauer und Kündigungsmodalitäten bei Abschluss eines Mehrjahresvertrags (Ziffern 16, 19 AVB)

In Abweichung zu Ziffer 16 und Ziffer 19 der AVB gelten folgende Bestimmungen bei Abschluss eines Mehrjahresvertrags: Wählt die versicherte Person eine befristete, mehrjährige Vertragsdauer, wird der Vertragsablauf auf der Police aufgeführt. Erfolgt auf diesen Zeitpunkt durch den Versicherungsnehmer oder die Versicherungsnehmerin keine Kündigung, wird der Versicherungsvertrag automatisch in einen Vertrag auf unbestimmte Zeit umgewandelt, welcher sich stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert.

Der Versicherungsvertrag kann durch den Versicherungsnehmer oder die Versicherungsnehmerin unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten auf das Ende der festen Vertragsdauer gekündigt werden. Wurde der Versicherungsvertrag für eine Dauer von 3 Jahren oder länger abgeschlossen, kann er auf das Ende des dritten oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten gekündigt werden. Wurde der Vertrag hingegen auf unbestimmte Zeit abgeschlossen, kann er unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten auf Ende des Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens am 30. September bei Sanitas eingetroffen sein.

4 Wechsel der Altersgruppe und des Wohnsitzes (Ziffer 22 AVB)

In Abweichung zu Ziffer 22 AVB gelten für die Zusatzversicherung Vital die folgenden Altersgruppen:

0-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	
36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	
66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96+

Die versicherte Person wird anhand ihres jeweils aktuellen Alters in die vorgenannten Altersgruppen eingeteilt. Für die Einteilung in die Altersgruppe bei Versicherungsbeginn (Eintrittsjahr) ist das Alter der versicherten Person, welches sie am Geburtstag dieses Kalenderjahres (Eintrittsjahr) erreicht, massgebend.

Der Wechsel in die nächsthöhere Altersgruppe erfolgt auf Beginn des Kalenderjahres, in welchem die versicherte Person den ersten Geburtstag der höheren Altersgruppe erreicht (Effektivalter-Tarif).

Ein Wechsel in eine höhere Altersgruppe ist in der Regel mit einer Prämienänderung verbunden. Die Prämienänderung aufgrund des Alters berechtigt zu einer Kündigung gemäss Ziffer 18 Absatz 4 AVB.

Anhang 1 – Bedingungen für Sanitas Assistance

1 Was ist Sanitas Assistance?

Sanitas Assistance ist eine Dienstleistung einer international tätigen Assistance-Organisation im Auftrag von Sanitas. Die Assistance-Organisation organisiert Hilfs- und Serviceleistungen bei Erkrankungen oder Unfällen im Ausland. Der Name der Assistance-Organisation ist auf der Police aufgeführt.

2 Wer ist für die Leistungen von Sanitas Assistance zuständig?

1 Für die organisatorischen Leistungen von Sanitas Assistance ist eine international tätige Assistance-Organisation im Auftrag von Sanitas zuständig. Zwischen Sanitas und der Assistance-Organisation besteht ein Dienstleistungsvertrag.

3 Was sind die Pflichten der versicherten Personen im Leistungsfall?

- 1 Der Telefonservice von Sanitas Assistance ist bei Erkrankung oder Unfall im Ausland, sofern keine Gefahr im Verzug ist, immer die erste Anlaufstelle. Der Telefonservice steht während 7 Tagen pro Woche rund um die Uhr zur Verfügung. Die Beratung erfolgt mehrsprachig und beinhaltet die Vermittlung von Hilfestellung vor Ort. Eine Kontaktaufnahme ist zwingend erforderlich, wenn Leistungen gemäss nachfolgender Ziffer 4 beansprucht werden.
- 2 Die Telefonnummer ist auf der Sanitas Versichertenkarte aufgeführt.
- 3 Die versicherte Person ist verpflichtet, den Anordnungen der Assistance-Organisation und den ärztlichen Versorgungs- und Transportteams oder anderen Leistungserbringern Folge zu leisten.

4 Welches sind die Leistungen von Sanitas Assistance?

- 1 Die Leistungskosten der durch die Assistance-Organisation organisierten Dienstleistungen gemäss dieser Ziffer werden von der Assistance-Organisation bevorschusst und von Sanitas bezahlt.
- 2 Vor der Reise vermittelt die Assistance-Organisation Informationen über Einreisebestimmungen und Impfvorschriften im Reiseland. Alle übrigen Leistungen werden während Ferien- oder Geschäftsreisen im Ausland erbracht.
- 3 Bei akuter Erkrankung oder Unfall der versicherten Person erbringt die Assistance-Organisation folgende Leistungen:
 - Organisation der medizinischen Betreuung und Bevorschussung der Kosten für ambulante und stationäre Notfallbehandlungen im Ausland;
 - Organisation und Bevorschussung der Kosten von medizinisch notwendigen Transporten inkl. Rücktransport in die Heimat (mit Begleitperson, die ebenfalls über den Versicherungsschutz von Sanitas Assistance verfügt);
 - Beschaffung von unbedingt notwendigen Medikamenten vor Ort oder nötigenfalls per Flugzeug und Bevorschussung der Transportkosten;

- Organisation und Bevorschussung der Kosten einer Begleitung von Kindern (bis zum vollendeten 16. Altersjahr) der versicherten Person, wenn die Betreuung weder ihr noch einer Begleitperson möglich ist;
 - Benachrichtigung der Angehörigen (auf Wunsch);
 - Organisation und Bevorschussung der Kosten von Reise und Hotelunterkunft (10 Übernachtungen à maximal CHF 200.-) für eine von der versicherten Person oder deren Familie bestimmte Besuchsperson, falls der Rücktransport innert 10 Tagen medizinisch nicht möglich ist;
 - Organisation und Bevorschussung der Kosten der Rückführung von Verstorbenen (inkl. CHF 800.- für Sargkosten) und der Rückreise von ebenfalls versicherten begleitenden Familienangehörigen an ihren Wohnort. Nicht versicherten begleitenden Familienangehörigen wird ein Kostenvorschuss von CHF 3000.- gewährt, der von Sanitas nicht bezahlt wird.
- 4 Bei unvorhergesehener Spitaleinweisung oder Tod eines Familienangehörigen zu Hause organisiert und bevorschusst Sanitas Assistance die Rückreise (mit Begleitperson, die ebenfalls über den Versicherungsschutz von Sanitas Assistance verfügt) bzw. Hin- und Rückreise (ohne Begleitperson).
- 5 Bei schwerwiegender Beschädigung des Eigentums der versicherten Person am Wohnort oder am Aufenthaltsort durch Diebstahl, Feuer, Wasser oder Elementarereignisse erbringt Sanitas Assistance die folgenden Leistungen:
- Beratung der versicherten Person und Bevorschussung der Radorückrufkosten, der Mehrkosten für die unumgängliche direkte Rückreise sowie der vertraglich geschuldeten Annullierungskosten für Hotel oder Ferienwohnung. Bei unmittelbarer Fortsetzung der Reise werden zudem die Transportkosten für die Rückkehr an den Ort bevorschusst, an welchem die Reise unterbrochen wurde oder sich die versicherte Person ohne den Unterbruch befinden würde. Die maximale Kostenbeteiligung beträgt CHF 1500.-;
 - Bevorschussung der Unterkunftsmehrkosten (10 Übernachtungen à maximal CHF 150.-), wenn die versicherte Person einen unvorhergesehenen Aufenthalt einschalten oder den Aufenthalt verlängern muss;
 - Bevorschussung der Transportmehrkosten bis maximal CHF 1500.-, wenn die versicherte Person den Reiseplan ändern muss.
- 6 Bei Ausfall der gewählten Unterkunft infolge Feuer, Wasser oder Elementarereignissen berät Sanitas Assistance die versicherte Person und bevorschusst die Unterkunftsmehrkosten bis maximal CHF 1500.-.
- 7 Falls Streiks oder Unruhen (welche die versicherte Person nicht voraussehen konnte), Quarantäne, Epidemien oder Elementarereignisse die Fortsetzung der Reise verunmöglichen, erbringt Sanitas Assistance die folgenden Leistungen:
- Beratung der versicherten Person und Bevorschussung der Mehrkosten für die unumgängliche direkte Rückreise sowie der vertraglich geschuldeten Annullierungskosten für Hotel oder Ferienwohnung bis maximal CHF 1500.-;
 - Bevorschussung der Unterkunftsmehrkosten (10 Übernachtungen à maximal CHF 150.-), wenn die versicherte Person einen unvorhergesehenen Aufenthalt einschalten oder den Aufenthalt verlängern muss;
 - Bevorschussung der Transportmehrkosten bis maximal CHF 1500.-, wenn die versicherte Person den Reiseplan ändern muss.
- 5 Wie lange erbringt Sanitas Assistance diese Leistungen?**
Sanitas Assistance gilt während der Zeit, in welcher die entsprechende Person die Zusatzversicherung Vital versichert hat. Sie gilt für Reisen mit einer Höchstdauer von 12 Monaten.
- 6 Welche Einschränkungen sind zu beachten?**
- 1 Von den Leistungen bei Sanitas Assistance sind ausgeschlossen:
- Kosten für Dienstleistungen, die eine versicherte Person in Verletzung ihrer Pflichten gemäss Ziffer 4 veranlasst bzw. bezahlt hat. Diese Folge tritt nicht ein, wenn die Verletzung der Pflichten den Umständen nach im Sinne von Art. 45 VVG als unverschuldet anzusehen ist oder wenn die versicherte Person nachweist, dass die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des befürchteten Ereignisses und den Umfang der von Sanitas geschuldeten Leistung gehabt hat;
 - Vorfälle bei Rennen oder Testläufen mit motorisierten Fahrzeugen;
 - Folgen der Einnahme von nicht verordneten Medikamenten, von Drogen oder Alkohol und Folgen von Selbstmordversuchen;
 - harmlose Erkrankungen oder Verletzungen;
 - Rückfälle einer vor dem Reiseantritt ausgebrochenen Krankheit oder eines erlittenen Unfalls bzw. vor Antritt der Reise noch nicht geheilte Erkrankungen;
 - durch Schwangerschaft entstandene Kosten ausser bei schweren und unvorhersehbaren Komplikationen bis zur 27. Schwangerschaftswoche;
 - versicherte Ereignisse, herbeigeführt durch absichtliche oder fahrlässige Verbrechen oder Vergehen durch die versicherte Person;
 - Reisezwischenfälle, die in diesen Bedingungen nicht ausdrücklich erwähnt sind, sowie geplante Behandlungen.
- 2 Sanitas Assistance kann nicht für verzögerte oder unterlassene Leistungen haftbar gemacht werden, wenn im Reiseland Umstände höherer Gewalt eintreten, welche die Hilfestellung behindern.
- 7 Besteht der Versicherungsschutz weltweit?**
- 1 Grundsätzlich erbringt die Assistance-Organisation die Leistungen auf der ganzen Welt.
- 2 Kein Versicherungsschutz besteht in Staaten im Kriegs- oder Bürgerkriegszustand.