
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Zusatzversicherungen gemäss Bundesgesetz
über den Versicherungsvertrag (VVG)

Ausgabe Januar 2004 (Fassung 2013)

Versicherungsträger: Sanitas Privatversicherungen AG

sanitas

Inhaltsübersicht

Ihre Zusatzversicherung im Überblick 3

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) 4

Ihre Zusatzversicherungen im Überblick

Versicherer

Versicherungsträger der Zusatzversicherungen nach VVG ist die Sanitas Privatversicherungen AG mit Sitz in Zürich. Sie hat die ebenfalls zur Sanitas Gruppe gehörende Sanitas Grundversicherungen AG (Betreiberin der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG) ermächtigt, alle Handlungen in ihrem Namen und auf ihre Rechnung vorzunehmen.

Beide Gesellschaften sind schweizerische Aktiengesellschaften und gehören zur Stiftung Sanitas Krankenversicherung.

Die Sanitas Privatversicherungen AG vermittelt zudem Versicherungen diverser Kooperationspartner. Wer bei einer dieser vermittelten Versicherungen Versicherungsträger ist, kann der jeweiligen Offerte entnommen werden.

Versicherte Risiken und Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz kann individuell festgelegt werden. Er erstreckt sich wahlweise auf die Kosten der medizinischen Versorgung (ärztliche Behandlungen, Spital- und Kuraufenthalte, Medikamente), den Erwerbsausfall (Taggelder, Invaliditätsund Todesfallkapitalien) und weitere mit Krankheit und Unfall zusammenhängende Kosten (ärztlich verordnete Therapien, Haushaltshilfe, Transport- und Rettungskosten etc.).

Die versicherten Risiken sowie der Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Versicherungsantrag / der Offerte bzw. Police und aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) bzw. den Zusatzbedingungen (ZB).

Prämien

Die Höhe der versicherten Prämie hängt von den jeweiligen versicherten Risiken und des gewünschten Versicherungsschutzes ab. Die Prämien sind im Voraus zu entrichten und können je nach Versicherungsschutz wahlweise monatlich, zweimonatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlt werden. Je nach Zahlungsart wird ein Skonto gewährt oder es ist eine Gebühr für Ratenzahlung zu entrichten.

Pflichten der Versicherten

Die Versicherten sind verpflichtet, den Eintritt eines versicherten Ereignisses umgehend zu melden und dessen Folgen möglichst gering zu halten (gesetzliche Schadenminderungspflicht). Insbesondere müssen sie sich bei Krankheit oder Unfall einer zweckmässigen medizinischen Behandlung unterziehen, die ärztlichen Anweisungen befolgen und die verlangten Auskünfte oder die zu deren Erlangung notwendigen Vollmachten erteilen. Gegenüber dem Versicherungsträger haben sie eine Informationspflicht bezüglich aller Tatsachen, die den Versicherungsvertrag betreffen (z.B. Adressänderung) oder die bei Anspruch auf Versicherungsleistungen benötigt werden (z.B. Unfallmeldung, Kostengutsprache gesuch vor einem geplanten Spitaloder Kuraufenthalt).

Falls sich während der Versicherungsdauer erhebliche Tatsachen ändern, welche zu einer wesentlichen Gefahrerhöhung führen, ist dies Sanitas unverzüglich zu melden.

Laufzeit und Ende des Versicherungsvertrages

Der Vertrag beginnt an dem Tag, der im Versicherungsantrag bzw. in der Police aufgeführt ist, und läuft zeitlich unbegrenzt, es sei denn, eine versicherte Person verlegt den Wohnsitz ins Ausland oder erreicht ein vereinbartes Schlussalter. Weitere mögliche Beendigungsgründe sind das Erreichen der maximalen Leistungsdauer oder die Ausschöpfung der Leistungssumme.

Der Versicherungsvertrag kann wie folgt gekündigt werden (die nachfolgende Aufzählung enthält nur die gebräuchlichsten Beendigungsgründe. Weitere Beendigungsmöglichkeiten ergeben sich aus den jeweiligen Versicherungsbedingungen):

- auf Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist
- bei Mehrjahresverträgen auf Ende der Vertragslaufzeit unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist
- innerhalb von 2 Wochen seit Kenntnis einer Leistungsauszahlung durch Sanitas
- bei einer Änderung des Prämientarifs oder bei einer Prämienänderung infolge eines Altersgruppenwechsels bis am Vortag des Inkrafttretens der Prämienänderung
- bei Änderung der Regelungen über die Kostenbeteiligung (Franchise/Selbstbehalt)

Mit Ausnahme folgender Fälle verzichtet Sanitas auf ihr Kündigungsrecht:

- Wenn bei Versicherungsabschluss bestehende (und vorher bestandene) Krankheiten oder Unfallfolgen unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen wurden (Anzeigepflichtverletzung).
- Eine bestehende Kapitalversicherung bei Krankheit erlischt per Ende Kalenderjahr, wenn der Versicherungsträger seinen Vertrag mit Sanitas kündigt und Sanitas keinen neuen Vertrag mit einer anderen Lebensversicherungsgesellschaft abschliesst.
- Sanitas kann bei vollendetem oder versuchtem Versicherungsmissbrauch durch die versicherte Person oder den Versicherungsnehmer per sofort vom Vertrag zurücktreten.
- Bei Nichtbezahlen der Prämien und/oder der Kostenbeteiligungen kann Sanitas im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (Art. 21 VVG) vom Vertrag zurücktreten.
- Bei der Kollektiv-Taggeldversicherung kann Sanitas auf ihr Kündigungsrecht im Schadenfall verzichten.

Schwangerschafts- und Geburtskosten sind versichert, wenn der Antrag für die betreffende Versicherung der Mutter spätestens 9 Monate vor der Geburt bei Sanitas eingegangen ist.

Umgang mit Personendaten

Sanitas bearbeitet Personendaten in ihren Datensammlungen gemäss den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen und verwendet sie insbesondere zur Risikoprüfung, zur Vertragsabwicklung und zur Bestimmung der Prämie. Zudem nutzt sie die Daten zu Marketingzwecken und für statistische Auswertungen. Personenbezogene Daten werden nicht an Dritte ausserhalb von Sanitas weitergegeben. Davon ausgenommen sind Fälle, in denen eine Weitergabe von Gesetzes wegen zulässig ist (z.B. an Outsourcing-Partner) oder wenn die versicherte Person eingewilligt hat. Die Daten werden entweder physisch oder elektronisch aufbewahrt und nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht vernichtet oder gelöscht.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Umfang der Versicherungen

1 Grundlagen des Vertrages

- 1 Die Grundlagen des Vertrages bilden alle schriftlichen Erklärungen, die der Versicherungsnehmer (Prämienzahler), der Versicherte (die zu versichernde Person) oder deren Vertreter im Antrag und in weiteren Schriftstücken abgeben, sowie ärztliche Berichte.
- 2 Die Rechte und Pflichten der Vertragsparteien sind in der Police und allfälligen Nachträgen, in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), den Zusatzbedingungen (ZB) und allfälligen Besonderen Bedingungen (BB) festgelegt.
- 3 Die Sanitas Privatversicherungen AG hat die Sanitas Grundversicherungen AG ermächtigt, alle Handlungen in ihrem Namen und auf ihre Rechnung vorzunehmen.
- 4 Soweit in diesen Schriftstücken eine Frage nicht ausdrücklich geregelt ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).
- 5 Die im Text gewählte männliche Form gilt analog auch für weibliche Personen.

2 Gegenstand der Versicherungen

- 1 Die Sanitas Privatversicherungen AG (nachfolgend Sanitas genannt) versichert die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Das Unfallrisiko ist nur mitversichert, wenn es auf der Police aufgeführt ist.
- 2 Vergütet werden die Kosten im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG, der obligatorischen Unfallversicherung nach UVG, der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) und der Eidgenössischen Militärversicherung (MV).

3 Versicherte Leistungen

- 1 Leistungen werden im Rahmen der ungedeckten Kosten vergütet. Massgebend für die Leistungspflicht der Sanitas ist das Behandlungsdatum bzw. der Zeitpunkt, in welchem die versicherte Leistung vom Leistungserbringer erbracht wird.
- 2 Leistungen für Krankheit, Mutterschaft und Unfall sind nicht kumulierbar.
- 3 Der Anspruch auf Mutterschaftsleistungen beginnt 9 Monate nach Eingang des Antrags bei Sanitas.

- 4 Grenzgängern und deren Familienangehörigen werden die Leistungen auch im ausländisch-schweizerischen Grenzgebiet ausgerichtet.
- 5 Bei überhöhten Rechnungen legt Sanitas die Leistungen im Rahmen der ortsüblichen Ansätze fest.
- 6 Werden die Kosten nicht detailliert ausgewiesen, nimmt Sanitas die Aufteilung nach Ermessen vor.

4 Begriffe

- 1 Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
- 2 Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.
- 3 Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Berufskrankheiten und unfallähnliche Körperschädigungen sind den Unfällen gleichgestellt. Massgebend sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG).

5 Örtlicher Geltungsbereich

- 1 Die Versicherungen gelten auf der ganzen Welt; ausserhalb der Schweiz jedoch nur bei Erkrankungen oder Unfällen während Auslandsaufenthalten von maximal 12 Monaten Dauer, die eine notfallmässige Behandlung erfordern. Abweichungen sind in den Zusatzbedingungen der einzelnen Versicherungen definiert.
- 2 Bei längeren Auslandsaufenthalten oder bei Aufgabe des Wohnsitzes in der Schweiz können die Versicherungen gegen einen Prämienzuschlag während längstens 6 Jahren (ab Ausreise) weitergeführt werden, wobei das Aufenthaltsland der Schweiz gleichgestellt wird. Es werden maximal die Kosten bezahlt, die für Behandlungen in der Schweiz übernommen würden. Nach Ablauf der Frist von 6 Jahren erlischt der Vertrag auf das Ende des entsprechenden Kalenderjahres.

6 Grobfahrlässigkeit

Sanitas verzichtet auf das ihr zustehende Recht, Versicherungsleistungen bei Grobfahrlässigkeit zu kürzen. Für Leistungskürzungen anderer Versicherer besteht jedoch kein Leistungsanspruch.

Einschränkungen des Versicherungsumfangs

7 Leistungsausschlüsse

Mit Ausnahme anders lautender Bestimmungen in den Zusatzbedingungen (ZB) werden in den nachfolgenden Fällen keine Leistungen für Heilungskosten und Taggeld erbracht:

- Kostenbeteiligungen und Leistungskürzungen aus anderen Versicherungen
- bei Vertragsbeginn bereits bestehende Leiden
- Behandlungen und Massnahmen, die nicht wirksam, zweckmässig oder wirtschaftlich sind, wobei die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein muss
- Eingriffe zur Behebung oder Verbesserung physischer Mängel und Verunstaltungen, soweit sie nicht durch ein versichertes Ereignis notwendig geworden sind
- Behandlungen zum Zweck der Selbsterfahrung, Selbstentwicklung oder Persönlichkeitsreifung oder zu anderen nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken
- Abmagerungskuren, Kräftigungstherapien, Zellularthérapien
- Zahnbehandlungen ausser im Zusammenhang mit einer Pflichtleistung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG
- von einer Justiz- oder Verwaltungsbehörde angeordnete Massnahmen
- Behandlungen bei ausländischem Militärdienst und/oder Folgebehandlungen
- Krankheiten und Unfälle infolge kriegerischer Ereignisse
 - in der Schweiz
 - im Ausland, es sei denn, die Krankheit oder der Unfall ereigne sich innert 14 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten solcher Ereignisse in dem Land, in welchem der Versicherte sich aufhält, und er sei von deren Ausbruch überrascht worden
- Folgen von Unruhen, Terrorakten und Verbrechen aller Art und der dagegen ergriffenen Massnahmen, es sei denn, der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war

8 Mehrfachversicherungen

Besteht für Kosten oder Erwerbsausfall bei mehreren Versicherern Versicherungsschutz, werden die Kosten bzw. der Erwerbsausfall gesamthaft nur einmal vergütet. Sanitas bezahlt in diesen Fällen ihre Leistungen lediglich anteilmässig.

9 Leistungen Dritter

- 1 Die Versicherten sind verpflichtet, Sanitas über jegliche Leistungen von Dritten sowie über Vereinbarungen von Abfindungssummen umgehend zu informieren, sofern Sanitas im gleichen Versicherungsfall Leistungen zu erbringen hat.
- 2 Erbringt Sanitas anstelle eines Dritten Leistungen, hat der Versicherte seine Ansprüche im Umfang der Leistungspflicht an Sanitas abzutreten.
- 3 Vereinbarungen von Versicherten mit Dritten sind für Sanitas nicht verbindlich.

Pflichten und Anspruchsbegründung

10 Allgemeine Pflichten

Die Versicherten sind verpflichtet, den ärztlichen Anordnungen oder den Anordnungen anderer Leistungserbringer Folge zu leisten.

11 Anspruchsbegründung

- 1 Werden Versicherungsleistungen geltend gemacht, sind an Sanitas detaillierte Originalrechnungen und Belege einzureichen. Ansprüche auf Leistungen verjähren 2 Jahre nach Eintritt der Tatsache, welche die Leistungspflicht begründet.
- 2 Bei Leistungen eines anderen Versicherers (z.B. aus der obligatorischen Krankenpflege- oder Unfallversicherung) sind an Sanitas Rechnungskopien und die detaillierten Abrechnungen dieses Versicherers einzureichen.
- 3 Werden Unfalleleistungen geltend gemacht, ist Sanitas das Formular Unfallmeldung einzureichen.

12 Auslandsrechnungen

Rechnungen und Unterlagen aus dem Ausland sind in deutscher, französischer, italienischer oder englischer Sprache einzureichen. Rechnungen und Unterlagen in anderen Sprachen ist eine Übersetzung beizulegen.

13 Verletzung von Pflichten

Verletzt der Versicherte im Schadenfall seine Pflichten gegenüber Sanitas, können Leistungen gekürzt oder verweigert werden.

Beginn und Ende der Versicherungen

14 Aufnahmebestimmungen

- 1 Mit der Unterzeichnung des Antrags werden Ärzte, Vorversicherer und andere Versicherungsträger ermächtigt, Sanitas bzw. ihren Vertrauensärzten Auskünfte zu erteilen.
- 2 Sanitas kann eine ärztliche Untersuchung anordnen, deren Kosten zu Lasten des Versicherungsnehmers (Prämienzahler) gehen. Der Arzt kann von Sanitas mitbestimmt werden.
- 3 Bei einem gemeinsamen Vertrag mit einem anderen Versicherer besteht vor und nach Versicherungsbeginn das gegenseitige Einsichtsrecht in medizinische Unterlagen.
- 4 Sanitas kann einen Antrag ohne Begründung ablehnen oder Vorbehalte anbringen.
- 5 Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person beim Abschluss des Vertrages eine erhebliche Tatsache (bestehende oder früher bestandene Krankheiten und/oder Unfallfolgen), die er kannte oder hätte kennen müssen und über die er schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, kann Sanitas den Vertrag innerhalb von 4 Wochen nach Kenntnisnahme der Anzeigepflichtverletzung kündigen. Die Versicherung erlischt per Ende des Monats, in welchem die schriftliche Kündigung beim Versicherungsnehmer eingetroffen ist. Bereits bezahlte Leistungen, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Tatsache beeinflusst worden ist, werden vom Versicherungsnehmer vollumfänglich zurückgefordert.

15 Versicherungsbeginn

Der Versicherungsschutz beginnt an dem in der Police bzw. in der Annahmeerklärung aufgeführten Datum.

16 Vertragsdauer

Der Vertrag ist auf unbestimmte Dauer abgeschlossen.

17 Vertragsänderungen durch den Versicherungsnehmer

- 1 Für Vertragsänderungen hat der Versicherungsnehmer einen neuen Antrag einzureichen. Es gelten die Bestimmungen von Ziffer 14 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- 2 Der Ausschluss von einzelnen Zusatzversicherungen ist auf das Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer 3-monatigen Kündigungsfrist möglich. Bei Ersatz einer Zusatzversicherung durch eine andere werden die bis zum Übertritt bezahlten Versicherungsleistungen angerechnet.

- 3 Taggeldversicherungen können per 1. des folgenden Monats gekündigt werden, sofern die versicherte Person einen Nachweis erbringt, dass sie bei ihrem Arbeitgeber über einen mindestens gleichwertigen Versicherungsschutz verfügt und die Taggeldversicherung eine Doppelversicherung bedeuten würde.

18 Vertragsänderungen durch Sanitas

- 1 Ändern die Prämien und/oder die Selbstbehaltregelung des Tarifs, kann Sanitas die Anpassung des Vertrages verlangen. Dasselbe gilt bei Leistungsanpassungen, die
 - die Änderung des Kreises der Leistungserbringer und deren Leistungen;
 - die Therapieformen;
 - neue, kostenintensive medizinische Entwicklungen betreffen, oder wenn der gesetzliche Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) geändert wird.
- 2 Zu diesem Zweck gibt sie dem Versicherungsnehmer die neue Prämie bzw. die neuen Vertragsbedingungen spätestens 25 Tage vor Inkrafttreten bekannt.
- 3 Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, den Vertrag auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vertragsänderungen zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am Vortag des Inkrafttretens des neuen Vertrages bei Sanitas eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

19 Kündigung

- 1 Sanitas verzichtet ausdrücklich auf das ihr zustehende Kündigungsrecht im Schadenfall. Bei vollendetem oder versuchtem Versicherungsmissbrauch durch die versicherte Person oder den Versicherungsnehmer kann Sanitas den Vertrag kündigen.
- 2 Der Vertrag kann durch den Versicherungsnehmer auf das Ende eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer 3-monatigen Frist gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens am 30. September bei Sanitas eingetroffen sein.
- 3 Der Vertrag kann durch den Versicherungsnehmer zudem gemäss Ziffer 18 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen gekündigt werden.

20 Sistierung

Die Versicherungen können gegen eine Prämienreduktion auf Gesuch hin sistiert werden. Dieses kann ohne Begründung abgelehnt werden.

21 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erlischt an jenem Tag, an dem die Vertragsaufhebung bzw. der Versicherungsausschluss wirksam wird. Die versicherten Leistungen werden bis und mit diesem Tag geschuldet.

Prämien

22 Wechsel der Altersgruppe und des Wohnsitzes

- 1 Die Prämien werden beim Wechsel in die nächsthöhere Altersgruppe jeweils auf den 1. Januar wie folgt angepasst:
 - nach vollendetem 18. Altersjahr an die Altersgruppe 19 bis 25
 - nach vollendetem 25. Altersjahr an die Altersgruppe 26 bis 40
- 2 Für Versicherte, welche ab 1. Januar 1997 einen Vertrag abgeschlossen haben, kann Sanitas ab Alter 41 eine weitere Altersgruppe einführen.
- 3 Ein Wechsel des Wohnsitzes kann eine Prämienänderung nach sich ziehen. Dies berechtigt nicht zu einer Kündigung gemäss Ziffer 18 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

23 Prämienzahlung und Fälligkeit

- 1 Die Prämien sind jeweils am 1. des betreffenden Monats fällig. Die Zahlungen können jährlich, halbjährlich, vierteljährlich, 2-monatlich oder monatlich erfolgen, wobei das Versicherungsjahr am 1. Januar beginnt. Bei Korrespondenzadressen im Ausland sind nur jährliche, halbjährliche oder vierteljährliche Prämienzahlungen möglich.
- 2 Bei vorzeitiger Auflösung oder Beendigung des Versicherungsvertrages ist die Prämie nur für die Zeit bis zur Vertragsauflösung geschuldet. Diese Regelung gilt nicht bei Kündigung des Vertrages im Schadenfall durch den Versicherungsnehmer während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres.
- 3 Geschuldete Prämien dürfen vom Versicherungsnehmer nicht mit ausstehenden Leistungen verrechnet werden.

24 Mahnung und Verzugsfolgen

- 1 Werden fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht fristgerecht bezahlt, fordert Sanitas den Versicherungsnehmer unter Hinweis auf die Verzugsfolgen auf, die ausstehenden Beträge inkl. Mahngebühren innert 14 Tagen nach Versand der Mahnung zu bezahlen. Bleibt die Mahnung ohne Erfolg, tritt Sanitas unter Verzicht auf die rückständige Prämie vom Vertrag zurück oder fordert die ausstehenden Beträge inkl. Betreuungskosten, Umtriebsschädigung und Verzugszinsen rechtlich ein.
- 2 Innerhalb von 4 Monaten nach Ablauf der Mahnfrist kann der Versicherungsnehmer ein schriftliches Gesuch für das Aufleben des Vertrages ohne erneute Risikoprüfung stellen. Er muss sich verpflichten, sämtliche ausstehenden Beträge ohne Unterbruch nachzuzahlen. Anspruch auf Leistungen besteht in diesem Fall für Behandlungen ab dem Tag, an welchem die Zahlung bei Sanitas eintrifft. Das Gesuch kann ohne Begründung abgelehnt werden.

Verschiedenes

25 Annahme der Versicherungspolice

Stimmt der Inhalt der Versicherungspolice oder der Nachträge zu derselben mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, hat der Versicherungsnehmer innert 4 Wochen nach Empfang der Versicherungspolice deren Berichtigung zu verlangen. Ohne Rückmeldung des Versicherungsnehmers gilt die Versicherungspolice als genehmigt.

26 Datenerfassung und -bearbeitung

- 1 Sanitas stellt sicher, dass der Datenschutz nach den geltenden Vorschriften des Schweizerischen Rechts, namentlich des Datenschutzgesetzes, eingehalten wird.
- 2 Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen kann Sanitas die zur Durchführung der Versicherung notwendigen Informationen einholen, elektronisch erfassen und an Dritte zur Bearbeitung übertragen.

27 Auszahlung von Leistungen

- 1 Sanitas überweist ihre Leistungen auf ein Post- oder Bankkonto. Falls Auszahlungen mittels anderer Zahlungsmittel verlangt werden, kann Sanitas eine Entschädigung für verursachte Mehrkosten erheben. Auszahlungen erfolgen an Adressen in der Schweiz oder an Adressen in EU- oder EFTA-Staaten, sofern in der gleichen Versicherungspolice Basic mitversichert ist.
- 2 Sanitas kann Leistungen mit ihren Forderungen gegenüber den Versicherten verrechnen.

28 Namens- und Adressänderungen/Kontaktadressen

- 1 Namens- und Adressänderungen/Kontaktadressen sind Sanitas innert 30 Tagen schriftlich bekannt zu geben. Unterbleibt die Mitteilung, gilt für die rechtskräftige Zustellung sämtlicher Korrespondenz die letzte bekannte Adresse.
- 2 Bei Auslandsaufenthalten von mehr als 3 Monaten ist Sanitas eine Kontaktadresse in der Schweiz mitzuteilen. Dies gilt nicht bei Verlegung des zivilrechtlichen Wohnsitzes in einen EU- oder EFTA-Staat, sofern in der gleichen Versicherungspolice Basic mitversichert ist.

29 Übertritt aus der Kollektiv- in die Einzelversicherung

- 1 Versicherte, die aus einer Sanitas Kollektivversicherung ausscheiden oder infolge von Auflösung derselben austreten müssen, können in die Einzelversicherung übertreten, sofern sie weiterhin zivilrechtlichen Wohnsitz im Tätigkeitsgebiet von Sanitas haben. Der Versicherte wird über das ihm zustehende Übertrittsrecht, welches innert 30 Tagen geltend zu machen ist, schriftlich informiert.
- 2 Die Versicherten werden für möglichst gleiche Leistungen wie in der Kollektivversicherung versichert. Bereits bezogene Leistungen werden jenen der Einzelversicherung angerechnet. Ein in der Kollektivversicherung bestehender Vorbehalt wird weitergeführt.
- 3 Für die Festsetzung der Prämien ist die Altersstufe zur Zeit des Versicherungsbeginns bei Sanitas massgebend. Vorbehalten bleibt Ziffer 22 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

30 Unfalleinschluss bei Heilungskosten nach Pensionierung

- 1 In den Versicherungen für Heilungskosten kann das Unfallrisiko innerhalb von 3 Monaten nach der Pensionierung ohne Risikoprüfung eingeschlossen werden.
- 2 Bedingung ist, dass die versicherte Person einen Nachweis erbringt, dass vorher in einer Kollektivversicherung eine entsprechende Unfallddeckung bestanden hat und dass der Austritt aus der Kollektivversicherung bei der Pensionierung zwingend war.
- 3 Für Unfälle, die sich vor dem Einschluss des Unfallrisikos ereignet haben, werden keine Leistungen übernommen.

31 Erfüllungsort und Gerichtsstand

- 1 Die Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag sind in der Schweiz und in schweizerischer Währung zu erfüllen.
- 2 Bei Streitigkeiten ist für Klagen des Versicherungsnehmers oder Versicherten das Gericht an dessen Wohnsitz in der Schweiz oder in Zürich zuständig; für Klagen der Sanitas das Gericht am Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder Versicherten in der Schweiz.

Hospital Extra Liberty

Zusatzversicherung gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) für die
halbprivate Abteilung 2-Bett-Zimmer in von Sanitas anerkannten Akutspitälern in der Schweiz

Zusatzbedingungen (ZB)

Ausgabe Juli 2012

Versicherungsträger: Sanitas Privatversicherungen AG

sanitas

Zweck und Grundlagen

Aus «Hospital Extra Liberty» werden die Mehrkosten von stationären Aufenthalten und Behandlungen auf der halbprivaten Abteilung von durch Sanitas anerkannten Akutspitälern insbesondere in der Schweiz bezahlt. Weitere Leistungen sind in diesen Zusatzbedingungen aufgeführt. Vergütet werden die Kosten im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG und der anderen Sozialversicherungen gemäss Ziffer 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Das Unfallrisiko kann mitversichert werden.

Über Sanitas Assistance sind zusätzlich Dienstleistungen bei Krankheit und Unfall im Ausland versichert. Die Dienstleistungen können auch in Anspruch genommen werden, wenn das Unfallrisiko nicht mitversichert ist. Die am Schluss angefügten Bedingungen sind ein integrierender Bestandteil dieser Zusatzbedingungen.

Grundlage dieser Zusatzbedingungen bilden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zusatzversicherungen nach VVG.

Leistungen

1 Begriffe

1 Als Akutspitäler gelten Heilanstalten und Kliniken, die ärztlich geleitet und überwacht werden und ausschliesslich akut erkrankte oder verunfallte Personen aufnehmen. Als Akutspitäler in diesem Sinne gelten auch Kliniken für Geburtshilfe, Geburtshäuser, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken.

Nicht als Akutspitäler gelten Kurhäuser, Altersheime, Pflegeheime, Chronischkrankenheime, Sterbehospize und andere nicht zur Behandlung von Akutkranken vorgesehene Einrichtungen.

2 Als von Sanitas anerkannte Akutspitäler gemäss Absatz 1 gelten Akutspitäler

- mit vertraglicher Regelung oder anerkanntem Tarif für die obligatorische Krankenpflegeversicherung

und

- mit vertraglicher Regelung oder anerkanntem Tarif für die Spitalzusatzversicherungen von Sanitas für die entsprechende Abteilung.

Die aktuell gültige Liste derjenigen Akutspitäler, die von Sanitas nicht anerkannt sind, respektive bei welchen keine oder keine volle Kostendeckung besteht, kann jederzeit, insbesondere aber vor einem Spitaleintritt bei Sanitas eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

3 Als Belegärzte gelten Ärzte, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG zugelassen sind, eine eigene Praxis führen, in einem Akutspital ihre Patienten stationär behandeln und mit dem betreffenden Akutspital für die belegärztliche Tätigkeit einen Belegarztvertrag abgeschlossen haben oder vom betreffenden Akutspital akkreditiert wurden.

Nicht als Belegärzte gelten namentlich Ärzte, die in einem arbeitsvertraglichen Verhältnis zu einem Akutspital stehen (angestellte Ärzte).

4 Basierend auf Art. 3 der Verordnung über die Kostermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) liegt ein stationärer Spitalaufenthalt vor, wenn der Aufenthalt im Akutspital unter stationären Spitalbedingungen erfolgt und auf der Bettenstation während mindestens einer Nacht ein Bett belegt ist.

5 Eine Akutbehandlung ist eine Behandlung, bei der eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann.

2 Spitalaufenthalt in der Schweiz

1 Versichert sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten bei stationären Akutbehandlungen auf der halbprivaten Abteilung in allen von Sanitas anerkannten Akutspitalern der Schweiz gemäss Ziff. 1 Abs. 2 im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG und der anderen Sozialversicherungen gemäss Ziffer 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

2 Bei Aufenthalt in einem 1-Bett-Zimmer der privaten Abteilung eines von Sanitas anerkannten Akutspitals gemäss Ziff. 1 Abs. 2 werden 75 % der Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten gemäss Absatz 1 im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG und der anderen Sozialversicherungen gemäss Ziffer 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) übernommen.

3 Die in Absatz 1 und 2 beschriebenen Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten (letztere unabhängig davon, ob diese durch einen angestellten Arzt oder einen Belegarzt gemäss Ziff. 1 Abs. 3 erfolgen) sind höchstens im Rahmen des von Sanitas anerkannten Tarifs versichert.

Die Übernahme der Kosten im Rahmen des von Sanitas anerkannten Tarifs kann der Kostengutsprache gemäss Ziff. 13, Abs. 2 resp. Abs. 3 entnommen werden.

4 In gemäss Ziff. 1 Abs. 2 von Sanitas anerkannten Akutspitalern, ohne kantonalen Leistungsauftrag gilt:

- Versichert sind die Leistungen gemäss Absatz 1 bis 3.
- Wenn die versicherte Person zusätzlich die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei Sanitas versichert hat, übernimmt diese die Kosten, die in einem Spital mit kantonalem Leistungsauftrag von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen würden gemäss Absatz 1 bis 3.

5 Bei stationären Akutbehandlungen auf der halbprivaten respektive privaten Abteilung in nicht von Sanitas gemäss Ziff. 1 Abs. 2 anerkannten Akutspitalern sind keine Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten versichert. Unter diese Regelung fallen auch die Behandlungskosten von Belegärzten gemäss Ziff. 1 Abs. 3.

3 Spitalaufenthalt im Ausland bei Notfällen

1 Bei notfallmässigen stationären Akutbehandlungen im Ausland sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten in einem Akutspital gemäss Ziff. 1, Abs. 1 während maximal 180 Tagen versichert, jedoch höchstens so lange, als ein Heimtransport medizinisch weder möglich noch zweckmässig ist.

2 Die für die Schweiz geltende Bestimmung bei Aufenthalten auf der privaten Abteilung, 1-Bett-Zimmer gemäss Ziff. 2, Abs. 2 gilt sinngemäss.

4 Spitalaufenthalt im Ausland bei geplanten Behandlungen

Bei geplanten stationären Behandlungen in Akutspitälern gemäss Ziff. 1, Abs. 1 im Ausland werden an die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten während maximal 180 Spitaltagen innerhalb von 360 aufeinanderfolgenden Tagen maximal CHF 1000.– pro Tag bezahlt.

5 Psychiatrische Kliniken

1 Bei stationären Akutbehandlungen in einer psychiatrischen Klinik oder auf einer psychiatrischen Spezialabteilung, welche gemäss Ziff. 1, Abs. 2 von Sanitas anerkannt sind, werden die Kosten gemäss Ziff. 2 während gesamthaft 180 Tagen bezahlt.

2 Ab dem 181. Tag werden in denselben Institutionen die Behandlungskosten gemäss Ziff. 2 sowie CHF 100.– pro Tag an die Aufenthalts- und Pflegekosten bezahlt. Im AHV-Alter werden diese Leistungen noch während maximal 720 Tagen innerhalb von 900 Tagen bezahlt.

3 In gemäss Ziff. 1, Abs. 2 von Sanitas anerkannten psychiatrischen Kliniken oder psychiatrischen Spezialabteilungen, ohne kantonalen Leistungsauftrag gilt:

- Versichert sind die Leistungen gemäss Absatz 1 und 2
- Wenn die versicherte Person die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei Sanitas versichert hat, werden die Kosten, die in einem Spital mit kantonalem Leistungsauftrag von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen würden, ab dem 181. Tag noch während gesamthaft 540 Tagen bezahlt.

4 Bei Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken im Ausland werden die Leistungen im Rahmen von Ziffern 3 und 4 vergütet und an die Leistungsdauer angerechnet.

6 Geburtshäuser

Bei Wochenbettaufenthalten in gemäss Ziff. 1, Abs. 2 von Sanitas anerkannten Geburtshäusern, werden die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten gemäss Ziffer 2 übernommen.

7 Leistungen für Neugeborene

Die Kosten für den Spitalaufenthalt des gesunden Kindes werden aus der Versicherungsdeckung der Mutter bezahlt, solange es zusammen mit der Mutter hospitalisiert ist.

8 Besondere private Auslagen

Für belegte besondere private Auslagen, die in direktem Zusammenhang mit einem stationären Spitalaufenthalt stehen (Taxispesen für Ein- und Austritt, Telefonspesen usw.), werden pro Spitalaufenthalt maximal CHF 100.– bezahlt.

9 Krankenpflege zu Hause

1 Bei medizinischer Notwendigkeit und nach ärztlicher Verordnung werden an die Kosten für Krankenpflege zu Hause aufgrund detaillierter Rechnungen mit Kalendarium maximal folgende Leistungen bezahlt:

- CHF 50.– pro Tag während maximal 90 Tagen pro Kalenderjahr für Krankenpflege zu Hause durch dipl. Pflegefachpersonen. Bei Pflege durch andere Personen besteht ein Anspruch auf diese Leistungen, wenn ihnen ein nachweisbarer Erwerbsausfall in diesem Rahmen entsteht.

2 Bei Niederkunft werden die erwähnten Leistungen während maximal 14 Tagen innerhalb eines Monats nach der Niederkunft bezahlt und an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

3 Insgesamt werden pro Kalenderjahr maximal CHF 5000.– an die Kosten für Krankenpflege zu Hause bezahlt.

10 Haushalthilfe

1 Bei medizinischer Notwendigkeit und nach ärztlicher Verordnung werden an die Kosten für Haushalthilfe aufgrund detaillierter Rechnungen mit Kalendarium maximal folgende Leistungen bezahlt:

- CHF 25.– pro Stunde für Haushalthilfe durch eine nicht im gleichen Haushalt lebende Person. Anspruch auf diese Leistung hat die den Haushalt führende versicherte Person unmittelbar nach einem Spitalaufenthalt oder sofern ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.

2 Bei Niederkunft werden die erwähnten Leistungen während maximal 14 Tagen innerhalb eines Monats nach der Niederkunft bezahlt und an die Maximalleistung gemäss Absatz 3 angerechnet.

3 Insgesamt werden pro Kalenderjahr maximal CHF 750.– an die Kosten für Haushalthilfe ausgerichtet.

11 Kuren

1 An die Kosten von Kuren werden maximal die folgenden Leistungen bezahlt:

- CHF 90.– pro Tag während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr bei stationären Badekuren in nach Artikel 40 KVG anerkannten Heilbädern in der Schweiz oder in Heilbädern in Abano und Montegrotto (Italien) sowie bei Erholungskuren in ärztlich geleiteten oder überwachten Kurhäusern in der Schweiz.
- CHF 130.– pro Tag während maximal 28 Tagen pro Kalenderjahr für Kuren am Toten Meer in Israel oder Jordanien zur Behandlung von Psoriasis (Schuppenflechte) oder Vitiligo (Scheckhaut).

2 Es steht Sanitas frei, vor Antritt einer Kur eine vertrauensärztliche Untersuchung anzuordnen.

3 Pro Kalenderjahr wird maximal eine Kur im erwähnten Umfang bezahlt.

12 Reise- und Transportkosten Rettungs- und Suchaktionen

Bezahlt werden gesamthaft maximal CHF 30000.– pro Kalenderjahr für:

- Reisekosten bei auswärtigen Bestrahlungen, Chemotherapien oder Hämodialysen. Es werden die effektiven Kosten, maximal die Kosten des öffentlichen Verkehrsmittels (Billett 1. Klasse) übernommen
- Nottransporte zum nächsten Arzt oder in das für die geeignete Behandlung nächstgelegene Spital sowie medizinisch notwendige Verlegungstransporte durch Ambulanzen
- Rettungs- und Suchaktionen für/nach akut erkrankte/n oder verunfallte/n Personen

13 Leistungsvoraussetzungen und Pflichten

- 1 Die bei Aufenthalt in einem Akutspital gemäss Ziff. 1 Abs. 1 dieser Zusatzbedingungen versicherten Leistungen werden bezahlt,
 - wenn die versicherten Leistungen wirtschaftlich erbracht wurden
 - solange aufgrund der medizinischen Indikation eine Akutspitalbedürftigkeit besteht.
- 2 Voraussetzung für die Kostenübernahme durch Sanitas bei Eintritt in ein Akutspital gemäss Ziff. 1 Abs. 1 dieser Zusatzbedingungen ist eine Kostengutsprache von Sanitas; diese muss spätestens 2 Wochen vor dem Eintritt beantragt werden; liegt die Kostengutsprache von Sanitas (für das Spital inkl. Spitalabteilung) bei Spitaleintritt nicht vor, behält sich Sanitas das Recht vor, die Kosten nicht oder nur zum Teil zu vergüten. Bei einem Notfall ist die Kostengutsprache unverzüglich, spätestens aber innert 6 Tagen bei Sanitas einzuholen.
- 3 Voraussetzung für die Kostenübernahme durch Sanitas bei stationären Akutbehandlungen durch Belegärzte gemäss Ziff. 1 Abs. 3 ist eine Kostengutsprache von Sanitas aufgrund eines Kostenvorschlages des Arztes. Das Kostengutsprachege such muss spätestens 2 Wochen vor Eintritt in ein Akutspital gemäss Ziff. 1 Abs. 1 bei Sanitas beantragt werden; liegt die Kostengutsprache von Sanitas bei Spitaleintritt nicht vor, behält sich Sanitas das Recht vor, die Kosten nicht oder nur zum Teil zu vergüten.
- 4 Die Kurleistungen werden nur bezahlt, wenn
 - die Kuren medizinisch notwendig und im Rahmen einer ärztlichen Behandlung von einem in der Schweiz zugelassenen Arzt verordnet worden sind
 - die Kurverordnung 2 Wochen vor Antritt einer Kur bei Sanitas eintrifft
- 5 Bei Badekuren werden die Leistungen zudem nur bezahlt, wenn ambulante Therapien nicht erfolgversprechend und zweckdienlich sind und während der Kur therapeutische Massnahmen erfolgen.

14 Leistungsausschluss

In Ergänzung zu den Leistungsausschlüssen gemäss Ziffer 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden aus dieser Zusatzversicherung keine Leistungen bezahlt für Behandlungen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) Fallpreispauschalen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG vereinbart hat (z.B. Organtransplantationen).

15 Anerkennung von Leistungserbringern

Bei Behandlungen in der Schweiz werden nur Rechnungen von Personen mit eidgenössischem oder kantonalem Diplom oder mit einer entsprechenden kantonalen Berufsausübungsbewilligung anerkannt.

Verschiedenes

16 Abweichungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen VVG

Die nachfolgenden Ziffern der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen nach VVG werden durch die folgenden Bestimmungen ersetzt:

• **Vertragsdauer (Ziffer 16)**

Der Vertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Wählt die versicherte Person eine feste, mehrjährige Vertragsdauer, wird der Vertragsablauf auf der Police aufgeführt. Erfolgt auf diesen Zeitpunkt durch den Versicherungsnehmer keine Kündigung, wird der Versicherungsvertrag automatisch in einen Vertrag auf unbestimmte Zeit umgewandelt, welcher sich stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert.

• **Vertragsänderung durch Sanitas (Ziffer 18 Abs. 3)**

Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, die von der Prämienänderung betroffene Versicherung auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vertragsänderung zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am Vortag des Inkrafttretens des neuen Vertrages bei Sanitas eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

• **Kündigung (Ziffer 19 Abs. 2)**

Die Versicherung kann durch den Versicherungsnehmer auf das Ende der Vertragsdauer respektive auf Ende des Kalenderjahres, wenn es sich um einen Vertrag auf unbestimmte Zeit handelt, unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens am 30. September bei Sanitas eingetroffen sein.

• **Wechsel der Altersgruppe und des Wohnsitzes (Ziffer 22) sowie der Vertragsdauer**

Der Prämientarif kann eine Abstufung der Prämien nach Alter, Geschlecht, zivilrechtlichem Wohnsitz und Vertragsdauer (Mehrjahresrabatt, der nach Ablauf der ursprünglich vereinbarten Laufzeit wieder wegfällt) vor-

sehen und bei Änderung einer Tatsache eine Prämienänderung nach sich ziehen. Diese Prämienänderung berechtigt, mit Ausnahme der Prämienänderung auf Grund des Alters, nicht zu einer Kündigung gemäss Ziffer 18 der AVB VVG.

• **Prämienzahlung und Fälligkeit (Ziffer 23 Abs. 1)**

Die Prämien sind jeweils am 1. Tag der fakturierten Rechnungsperiode fällig. Die Zahlungen können jährlich, halbjährlich, vierteljährlich, zweimonatlich oder monatlich erfolgen, wobei das Versicherungsjahr am 1. Januar beginnt. Bei unterjähriger Zahlungsweise kann Sanitas einen Mindestrechnungsbetrag vorsehen. Bei Adressen im Ausland sind nur jährliche, halbjährliche oder vierteljährliche Prämienzahlungen möglich.

17 Wählbare Franchise

- 1 Eine allfällig gewählte Jahresfranchise wird für sämtliche Leistungen pro Kalenderjahr erhoben.
- 2 Bei Vertragsbeginn vom 1. Januar bis und mit 30. Juni wird die volle Jahresfranchise erhoben, bei Vertragsbeginn vom 1. Juli bis und mit 31. Dezember die halbe Jahresfranchise.
- 3 Dauert eine Behandlung mehr als 10 Tage über das Jahresende hinaus, ist die Jahresfranchise für das Folgejahr erneut zu bezahlen.

Bedingungen für Sanitas Assistance

1 Was ist Sanitas Assistance?

Sanitas Assistance ist eine Dienstleistung der auf der Police aufgeführten international tätigen Nothilfe-Organisation zugunsten von Sanitas. Der Service beinhaltet die Betreuung, die Beratung und den Transport bei einer Erkrankung oder einem Unfall im Ausland.

2 Welche Dienstleistungen stehen zur Verfügung?

Der versicherten Person stehen folgende Dienstleistungen zur Verfügung:

- 24-Stunden-Telefonservice: Während 7 Tagen pro Woche steht Sanitas Assistance rund um die Uhr zur Verfügung. Die Beratung erfolgt mehrsprachig und beinhaltet die Vermittlung von Hilfestellung vor Ort.
- Weltweites Versorgungsnetz: Spezialisierte ärztliche Versorgungs- und Transportteams sorgen für die Betreuung vor Ort und, falls dies unmöglich ist, für den Rücktransport.

3 Wer ist für die Leistungen von Sanitas Assistance zuständig?

- 1 Für die organisatorischen Leistungen von Sanitas Assistance ist die unter Ziff. 1 erwähnte Nothilfe-Organisation im Namen von Sanitas zuständig.
- 2 Die Kosten der durch Sanitas Assistance organisierten Dienstleistungen gemäss Ziffer 5 werden von der unter Ziff. 1 erwähnten Nothilfe-Organisation im Namen von Sanitas bezahlt, sofern dies ausdrücklich erwähnt ist. Die übrigen Kosten werden von Sanitas im Rahmen der für die entsprechende Person bestehenden Versicherungsdeckung bezahlt.

4 Wann muss Sanitas Assistance kontaktiert werden?

- 1 Der Telefonservice von Sanitas Assistance ist bei Erkrankung oder Unfall im Ausland immer die erste Anlaufstelle. Eine Kontaktaufnahme ist zwingend, wenn Leistungen gemäss nachfolgender Ziffer 5 beansprucht werden.
- 2 Die Telefonnummer ist auf der Sanitas-Card aufgeführt.

5 Welches sind die Leistungen von Sanitas Assistance?

- 1 Vor der Reise vermittelt Sanitas Assistance Informationen über Einreisebestimmungen und Impfvorschriften im Reiseland. Alle übrigen Leistungen werden während Ferien- oder Geschäftsreisen im Ausland erbracht.
- 2 Bei akuter Erkrankung oder Unfall der versicherten Person erbringt Sanitas Assistance folgende Leistungen:
 - Organisation der medizinischen Betreuung und Kostenvorschuss für ambulante und stationäre Notfallbehandlungen im Ausland
 - Organisation und Bezahlung 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 Bezahlung der Transportkosten
 - Organisation und Bezahlung 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 Bezahlung von Reise und Hotelunterkunft (10 Übernachtungen à maximal CHF 200.–) für einen von der versicherten Person oder deren Familie bestimmten Besucher, falls der Rücktransport innert 10 Tagen medizinisch nicht möglich ist
 - Organisation und Bezahlung 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

- 3 Bei unvorhergesehener Spitaleinweisung oder Tod eines Familienangehörigen zu Hause organisiert und bezahlt Sanitas Assistance die Rückreise (mit Begleitperson, die ebenfalls über den Versicherungsschutz von Sanitas Assistance verfügt) bzw. Hin- und Rückreise (ohne Begleitperson).
- 4 Bei schwerwiegender Beschädigung des Eigentums der versicherten Person durch Diebstahl, Feuer, Wasser oder Elementarereignisse erbringt Sanitas Assistance die folgenden Leistungen:
- Beratung der versicherten Person und Bezahlung 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 bezahlt, an welchem die Reise unterbrochen wurde oder sich die versicherte Person ohne den Unterbruch befinden würde. Die maximale Kostenbeteiligung beträgt CHF 1500.–
 - Bezahlung der Unterkunftsmehrkosten (10 Übernachtungen à maximal CHF 150.–), wenn die versicherte Person einen unvorhergesehenen Aufenthalt einschalten oder den Aufenthalt verlängern muss
 - Bezahlung der Transportmehrkosten bis maximal CHF 1500.–, wenn die versicherte Person den Reiseplan ändern muss
- 5 Bei Ausfall der gewählten Unterkunft infolge Feuer, Wasser oder Elementarereignissen berät Sanitas Assistance die versicherte Person und bezahlt die Unterkunftsmehrkosten bis maximal CHF 1500.–.
- 6 Falls Streiks oder Unruhen (die den Versicherten unschuldig tangieren), Quarantäne, Epidemien oder Elementarereignisse die Fortsetzung der Reise verunmöglichen, erbringt Sanitas Assistance die folgenden Leistungen:
- Beratung der versicherten Person und Bezahlung der Mehrkosten für die unumgängliche direkte Rückreise sowie der vertraglich geschuldeten Annullierungskosten für Hotel oder Ferienwohnung bis maximal CHF 1500.–
 - Bezahlung der Unterkunftsmehrkosten (10 Übernachtungen à maximal CHF 150.–), wenn die versicherte Person einen unvorhergesehenen Aufenthalt einschalten oder den Aufenthalt verlängern muss
 - Bezahlung der Transportmehrkosten bis maximal CHF 1500.–, wenn die versicherte Person den Reiseplan ändern muss

6 **Wie lange erbringt Sanitas Assistance diese Leistungen?**

Sanitas Assistance gilt während der Zeit, in welcher die entsprechende Person die Zusatzversicherung «Hospital Extra Liberty» versichert hat. Sie gilt für Reisen mit einer Höchstdauer von 12 Monaten.

7 **Welche Einschränkungen sind zu beachten?**

- 1 Von den Leistungen der Sanitas Assistance sind ausgeschlossen:
- Kosten für Dienstleistungen, die eine versicherte Person ohne vorherige Zustimmung von Sanitas Assistance veranlasst bzw. bezahlt 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 arglistige Handlungen der versicherten 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.

8 **Besteht der Versicherungsschutz weltweit?**

- 1 Grundsätzlich erbringt Sanitas Assistance die Leistungen auf der ganzen Welt. Ausgeschlossen sind zurzeit allerdings folgende Länder und Regionen: Afghanistan, Algerien, Somalia und Westsahara.
- 2 Gleiches gilt für Krisengebiete und Staaten im Kriegs- oder Bürgerkriegszustand. Weil sich die Situationen in den einzelnen Ländern schnell ändern können, ist es ratsam, vor dem Reiseantritt eine Abklärung bei Sanitas Assistance vorzunehmen. Denn die Unterstützung bei der Vorbereitung einer Auslandsreise gehört zu den wesentlichen Dienstleistungen von Sanitas Assistance.

Hospital Top Liberty

Zusatzversicherung gemäss Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)
für die private Abteilung 1-Bett-Zimmer in allen Akutspitälern weltweit

Zusatzbedingungen (ZB)

Ausgabe Juli 2012

Versicherungsträger: Sanitas Privatversicherungen AG

Zweck und Grundlagen

Aus «Hospital Top Liberty» werden die Mehrkosten von stationären Aufenthalten und Behandlungen in einem 1-Bett-Zimmer auf der privaten Abteilung von Akutspitälern weltweit bezahlt. Weitere Leistungen sind in diesen Zusatzbedingungen aufgeführt. Vergütet werden die Kosten im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG und der anderen Sozialversicherungen gemäss Ziffer 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Das Unfallrisiko kann mitversichert werden.

Über Sanitas Assistance sind zusätzlich Dienstleistungen bei Krankheit und Unfall im Ausland versichert. Die Dienstleistungen können auch in Anspruch genommen werden, wenn das Unfallrisiko nicht mitversichert ist. Die am Schluss angefügten Bedingungen sind ein integrierender Bestandteil dieser Zusatzbedingungen.

Grundlage dieser Zusatzbedingungen bilden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Zusatzversicherungen nach VVG.

Leistungen

1 Begriffe

- 1 Als Akutspitäler gelten Heilanstalten und Kliniken, die ärztlich geleitet und überwacht werden und ausschliesslich akut erkrankte oder verunfallte Personen aufnehmen. Als Akutspitäler in diesem Sinne gelten auch Kliniken für Geburtshilfe, Geburtshäuser, psychiatrische Kliniken und Rehabilitationskliniken.

Nicht als Akutspitäler gelten Kurhäuser, Altersheime, Pflegeheime, Chronischkrankenheime, Sterbehospize und andere nicht zur Behandlung von Akutkranken vorgesehene Einrichtungen.

- 2 Als Belegärzte gelten Ärzte, die im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG zugelassen sind, eine eigene Praxis führen, in einem Akutspital ihre Patienten stationär behandeln und mit dem betreffenden Akutspital für die belegärztliche Tätigkeit einen Belegarztvertrag abgeschlossen haben oder vom betreffenden Akutspital akkreditiert wurden.

Nicht als Belegärzte gelten namentlich Ärzte, die in einem arbeitsvertraglichen Verhältnis zu einem Akutspital stehen (angestellte Ärzte).

- 3 Basierend auf Art. 3 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) liegt ein stationärer Spitalaufenthalt vor, wenn der Aufenthalt im Akutspital unter stationären Spitalbedingungen erfolgt und auf der Bettenstation während mindestens einer Nacht ein Bett belegt ist.
- 4 Eine Akutbehandlung ist eine Behandlung, bei der eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann.

2 Spitalaufenthalt in der Schweiz

- 1 Versichert sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten bei stationären Akutbehandlungen in einem 1-Bett-Zimmer auf der privaten Abteilung in allen Akutspitälern der Schweiz gemäss Ziff. 1 Abs. 1 im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG und der anderen Sozialversicherungen gemäss Ziffer 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).
- 2 Die in Absatz 1 beschriebenen Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten (letztere unabhängig davon, ob diese durch einen angestellten Arzt oder einen Belegarzt gemäss Ziff. 1 Abs. 2 erfolgen) sind höchstens im Rahmen des von Sanitas anerkannten Tarifs versichert.

Die Übernahme der Kosten im Rahmen des von Sanitas anerkannten Tarifs kann der Kostengutsprache gemäss Ziff. 15, Abs. 2 resp. Abs. 3 entnommen werden.

3 Spitalaufenthalt im Ausland bei Notfällen

Versichert sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten bei stationären Akutbehandlungen in allen Akutspitälern gemäss Ziff. 1, Abs. 1 weltweit.

4 Spitalaufenthalt im Ausland bei geplanten Behandlungen

Versichert sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten bei stationären Akutbehandlungen in allen Akutspitälern gemäss Ziff. 1, Abs. 1 weltweit (max. CHF 250 000.– pro Spitalaufenthalt).

5 Psychiatrische Kliniken

Versichert sind die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten bei stationären Akutbehandlungen in allen psychiatrischen Kliniken weltweit gemäss Ziff. 2 bis 4.

6 Geburtshäuser

Bei Wochenbettaufenthalten in anerkannten Geburtshäusern werden die Aufenthalts-, Pflege- und Behandlungskosten gemäss Ziff. 2 übernommen. Die aktuell gültige Liste der Geburtshäuser, bei welchen keine respektive keine volle Kostendeckung besteht, kann jederzeit, insbesondere aber vor einem Eintritt in ein Geburtshaus bei Sanitas eingesehen oder verlangt werden.

7 Leistungen für Neugeborene

Die Kosten für den Spitalaufenthalt des gesunden Kindes werden aus der Versicherungsdeckung der Mutter bezahlt, solange es zusammen mit der Mutter hospitalisiert ist.

8 Besondere private Auslagen

Für belegte besondere private Auslagen, die in direktem Zusammenhang mit einem stationären Spitalaufenthalt stehen (Taxispesen für Ein- und Austritt, Telefonspesen usw.), werden die folgenden Leistungen bezahlt:

- in der Schweiz sowie im Ausland bei geplanten Behandlungen maximal CHF 500.– pro Spitalaufenthalt
- im Ausland bei notfallmässigen Behandlungen maximal CHF 50.– pro Tag während maximal 180 Spitaltagen pro Kalenderjahr

9 Krankenpflege zu Hause

- 1 Bei medizinischer Notwendigkeit und nach ärztlicher Verordnung werden an die Kosten für Krankenpflege zu Hause aufgrund detaillierter Rechnungen mit Kalendarium während maximal 90 Tagen pro Kalenderjahr maximal folgende Leistungen bezahlt:
- Volle Kostenübernahme für Krankenpflege zu Hause durch dipl. Pflegefachpersonen. Bei Pflege durch andere Personen besteht ein Anspruch auf Leistungen im Rahmen eines nachgewiesenen Erwerbsausfalls

- 2 Bei Niederkunft werden die erwähnten Leistungen während maximal 14 Tagen innerhalb eines Monats nach der Niederkunft bezahlt und an die maximale Leistungsdauer angerechnet.

10 Haushalthilfe

- 1 Bei medizinischer Notwendigkeit und nach ärztlicher Verordnung werden an die Kosten für Haushalthilfe aufgrund detaillierter Rechnungen mit Kalendarium maximal folgende Leistungen bezahlt:
- CHF 25.– pro Stunde für Haushalthilfe durch eine nicht im gleichen Haushalt lebende Person. Anspruch auf diese Leistung hat die den Haushalt führende versicherte Person unmittelbar nach einem Spitalaufenthalt oder sofern ein Spitalaufenthalt vermieden werden kann.
- 2 Bei Niederkunft werden die erwähnten Leistungen während maximal 14 Tagen innerhalb eines Monats nach der Niederkunft bezahlt und an den maximalen Leistungsbeitrag gemäss Abs. 3 angerechnet.
- 3 Insgesamt werden pro Kalenderjahr maximal CHF 1500.– an die Kosten für Haushalthilfe ausgerichtet.

11 Kuren

- 1 An die Kosten von Kuren werden maximal die folgenden Leistungen bezahlt:
- CHF 300.– pro Tag während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr bei stationären Badekuren in nach Artikel 40 KVG anerkannten Heilbädern in der Schweiz oder in Heilbädern in Abano und Montegrotto (Italien) sowie bei Erholungskuren in ärztlich geleiteten oder überwachten Kurhäusern in der Schweiz
 - CHF 300.– pro Tag während maximal 28 Tagen pro Kalenderjahr für Kuren am Toten Meer in Israel oder Jordanien zur Behandlung von Psoriasis (Schuppenflechte) oder Vitiligo (Scheckhaut)
 - Behandlungskosten und CHF 70.– pro Tag während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr für Erholungskuren im Ausland
- 2 Es steht Sanitas frei, vor Antritt einer Kur eine vertrauensärztliche Untersuchung anzuordnen.
- 3 Pro Kalenderjahr wird maximal eine Kur im erwähnten Umfang bezahlt.

12 Reise- und Transportkosten Rettungs- und Suchaktionen

Bezahlt werden:

- Reisekosten bei auswärtigen Bestrahlungen, Chemotherapien oder Hämodialysen. Es werden die effektiven Kosten, maximal die Kosten des öffentlichen Verkehrsmittels (Billett 1. Klasse) übernommen
- Nottransporte zum nächsten Arzt oder in das für die geeignete Behandlung nächstgelegene Spital sowie medizinisch notwendige Verlegungstransporte durch Ambulanzen
- Rettungsaktionen für akut erkrankte oder verunfallte Personen sowie Bergung von verstorbenen Personen
- Suchaktionen nach akut erkrankten oder verunfallten Personen bis max. CHF 20 000.– pro Ereignis

13 Unfallbedingte Hilfsmittel

- 1 Bezahlt werden die Kosten für:
- unfallbedingte Hilfsmittel in normalen Ausführungen (alle provisorischen sowie die erste definitive Prothese, erstmalige Anschaffung von Krücken, Stützen, Hörapparaten, Brillen oder Kontaktlinsen)
 - deren Reparatur oder Ersatz, wenn sie anlässlich eines gedeckten Unfallereignisses beschädigt oder zerstört wurden
- 2 Ausgeschlossen sind alle Arten von Fortbewegungsmitteln.

14 Unfallbedingte Zahnschäden

Bezahlt werden die ambulanten Behandlungen bei unfallbedingten Zahnschäden.

15 Leistungsvoraussetzungen und Pflichten

- 1 Die bei Aufenthalt in einem Akutspital gemäss Ziff. 1 Abs. 1 dieser Zusatzbedingungen versicherten Leistungen werden bezahlt:
- wenn die versicherten Leistungen wirtschaftlich erbracht wurden
 - solange aufgrund der medizinischen Indikation eine Akutspitalbedürftigkeit besteht.
- 2 Voraussetzung für die Kostenübernahme durch Sanitas bei Eintritt in ein Akutspital gemäss Ziff. 1 Abs. 1 dieser Zusatzbedingungen ist eine Kostengutsprache von Sanitas; diese muss spätestens 2 Wochen vor dem Eintritt beantragt werden; liegt die Kostengutsprache von Sanitas (für das Spital inkl. Spitalabteilung) bei Spitaleintritt nicht vor, behält sich Sanitas das Recht vor, die Kosten nicht oder nur zum Teil zu vergüten. Bei einem Notfall ist die Kostengutsprache unverzüglich, spätestens aber innert 6 Tagen bei Sanitas einzuholen.

- 3 Voraussetzung für die Kostenübernahme durch Sanitas bei stationären Akutbehandlungen durch Belegärzte gemäss Ziff. 1 Abs. 2 ist eine Kostengutsprache von Sanitas aufgrund eines Kostenvorschlages des Arztes. Das Kostengutsprachege such muss spätestens 2 Wochen vor Eintritt in ein Akutspital gemäss Ziff. 1 Abs.1 bei Sanitas beantragt werden; liegt die Kostengutsprache von Sanitas bei Spitaleintritt nicht vor, behält sich Sanitas das Recht vor, die Kosten nicht oder nur zum Teil zu vergüten.
- 4 Die Kurleistungen werden nur bezahlt, wenn:
- die Kuren medizinisch notwendig und im Rahmen einer ärztlichen Behandlung von einem in der Schweiz zugelassenen Arzt verordnet worden sind
 - die Kurverordnung 2 Wochen vor Antritt einer Kur bei Sanitas eintrifft
- 5 Bei Badekuren werden die Leistungen zudem nur bezahlt, wenn ambulante Therapien nicht erfolgversprechend und zweckdienlich sind und während der Kur therapeutische Massnahmen erfolgen.

16 Leistungsausschluss

In Ergänzung zu den Leistungsausschlüssen gemäss Ziffer 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen werden aus dieser Zusatzversicherung keine Leistungen bezahlt für Behandlungen, für welche der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) Fallpreispauschalen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG vereinbart hat (z.B. Organtransplantationen).

17 Anerkennung von Leistungserbringern

Bei Behandlungen in der Schweiz werden nur Rechnungen von Personen mit eidgenössischem oder kantonalem Diplom oder mit einer entsprechenden kantonalen Berufsausübungsbewilligung anerkannt.

Verschiedenes

18 Abweichungen zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen VVG

Die nachfolgenden Ziffern der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen nach VVG werden durch die folgenden Bestimmungen ersetzt:

• Vertragsdauer (Ziffer 16)

Der Vertrag ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Wählt die versicherte Person eine feste, mehrjährige Vertragsdauer, wird der Vertragsablauf auf der Police aufgeführt. Erfolgt zu diesem Zeitpunkt durch den Versicherungsnehmer keine Kündigung, wird der Versicherungsvertrag automatisch in einen Vertrag auf unbestimmte Zeit umgewandelt, welcher sich stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert.

• Vertragsänderung durch Sanitas (Ziffer 18 Abs. 3)

Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, die von der Prämienänderung betroffene Versicherung auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Vertragsänderung zu kündigen. Die Kündigung muss, um gültig zu sein, spätestens am Vortag des Inkrafttretens des neuen Vertrages bei Sanitas eintreffen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

• Kündigung (Ziffer 19 Abs. 2)

Die Versicherung kann durch den Versicherungsnehmer auf das Ende der Vertragsdauer respektive auf Ende des Kalenderjahres, wenn es sich um einen Vertrag auf unbestimmte Zeit handelt, unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens am 30. September bei Sanitas eingetroffen sein.

• Wechsel der Altersgruppe und des Wohnsitzes (Ziffer 22) sowie der Vertragsdauer

Der Prämientarif kann eine Abstufung der Prämien nach Alter, Geschlecht, zivilrechtlichem Wohnsitz und Vertragsdauer (Mehrjahresrabatt, der nach Ablauf der ursprünglich vereinbarten Laufzeit wieder wegfällt) vorsehen und bei Änderung einer Tatsache eine Prämienänderung nach sich ziehen. Diese Prämienänderung berechtigt, mit Ausnahme der Prämienänderung auf Grund des Alters, nicht zu einer Kündigung gemäss Ziffer 18 der AVB VVG.

• Prämienzahlung und Fälligkeit (Ziffer 23 Abs. 1)

Die Prämien sind jeweils am 1. Tag der fakturierten Rechnungsperiode fällig. Die Zahlungen können jährlich, halbjährlich, vierteljährlich, zweimonatlich oder monatlich erfolgen, wobei das Versicherungsjahr am 1. Januar beginnt. Für unterjährige Zahlungsmodi kann Sanitas einen Mindestrechnungsbetrag vorsehen. Bei Adressen im Ausland sind nur jährliche, halbjährliche oder vierteljährliche Prämienzahlungen möglich.

19 Wählbare Franchise

- 1 Eine allfällig gewählte Jahresfranchise wird für sämtliche Leistungen pro Kalenderjahr erhoben.
- 2 Bei Vertragsbeginn vom 1. Januar bis und mit 30. Juni wird die volle Jahresfranchise erhoben, bei Vertragsbeginn vom 1. Juli bis und mit 31. Dezember die halbe Jahresfranchise.
- 3 Dauert eine Behandlung mehr als 10 Tage über das Jahresende hinaus, ist die Jahresfranchise für das Folgejahr erneut zu bezahlen.

Bedingungen für Sanitas Assistance

1 Was ist Sanitas Assistance?

Sanitas Assistance ist eine Dienstleistung der auf der Police aufgeführten international tätigen Nothilfe-Organisation zugunsten von Sanitas. Der Service beinhaltet die Betreuung, die Beratung und den Transport bei einer Erkrankung oder einem Unfall im Ausland.

2 Welche Dienstleistungen stehen zur Verfügung?

Der versicherten Person stehen folgende Dienstleistungen zur Verfügung:

- 24-Stunden-Telefonservice: Während 7 Tagen pro Woche steht Sanitas Assistance rund um die Uhr zur Verfügung. Die Beratung erfolgt mehrsprachig und beinhaltet die Vermittlung von Hilfestellung vor Ort.
- Weltweites Versorgungsnetz: Spezialisierte ärztliche Versorgungs- und Transportteams sorgen für die Betreuung vor Ort und, falls dies unmöglich ist, für den Rücktransport.

3 Wer ist für die Leistungen von Sanitas Assistance zuständig?

- 1 Für die organisatorischen Leistungen von Sanitas Assistance ist die unter Ziff. 1 erwähnte Nothilfe-Organisation im Namen von Sanitas zuständig.
- 2 Die Kosten der durch Sanitas Assistance organisierten Dienstleistungen gemäss Ziffer 5 werden von der unter Ziff. 1 erwähnten Nothilfe-Organisation im Namen von Sanitas bezahlt, sofern dies ausdrücklich erwähnt ist. Die übrigen Kosten werden von Sanitas im Rahmen der für die entsprechende Person bestehenden Versicherungsdeckung bezahlt.

4 Wann muss Sanitas Assistance kontaktiert werden?

- 1 Der Telefonservice von Sanitas Assistance ist bei Erkrankung oder Unfall im Ausland immer die erste Anlaufstelle. Eine Kontaktaufnahme ist zwingend, wenn Leistungen gemäss nachfolgender Ziffer 5 beansprucht werden.
- 2 Die Telefonnummer ist auf der Sanitas-Card aufgeführt.

5 Welches sind die Leistungen von Sanitas Assistance?

- 1 Vor der Reise vermittelt Sanitas Assistance Informationen über Einreisebestimmungen und Impfvorschriften im Reiseland. Alle übrigen Leistungen werden während Ferien- oder Geschäftsreisen im Ausland erbracht.

- 2 Bei akuter Erkrankung oder Unfall der versicherten Person erbringt Sanitas Assistance folgende Leistungen:
 - Organisation der medizinischen Betreuung und Kostenvorschuss für ambulante und stationäre Notfallbehandlungen im Ausland
 - Organisation und Bezahlung 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 Bezahlung der Transportkosten
 - Organisation und Bezahlung 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 Bezahlung von Reise und Hotelunterkunft (10 Übernachtungen à maximal CHF 200.–) für einen von der versicherten Person oder deren Familie bestimmten Besucher, falls der Rücktransport innert 10 Tagen medizinisch nicht möglich ist
 - Organisation und Bezahlung 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
- 3 Bei unvorhergesehener Spitaleinweisung oder Tod eines Familienangehörigen zu Hause organisiert und bezahlt Sanitas Assistance die Rückreise (mit Begleitperson, die ebenfalls über den Versicherungsschutz von Sanitas Assistance verfügt) bzw. Hin- und Rückreise (ohne Begleitperson).
- 4 Bei schwerwiegender Beschädigung des Eigentums der versicherten Person durch Diebstahl, Feuer, Wasser oder Elementarereignisse erbringt Sanitas Assistance die folgenden Leistungen:
 - Beratung der versicherten Person und Bezahlung 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 bezahlt, an welchem die Reise unterbrochen wurde oder sich die versicherte Person ohne den Unterbruch befinden würde. Die maximale Kostenbeteiligung beträgt CHF 1500.–
 - Bezahlung der Unterkunftsmehrkosten (10 Übernachtungen à maximal CHF 150.–), wenn die versicherte Person einen unvorhergesehenen Aufenthalt einschalten oder den Aufenthalt verlängern muss
 - Bezahlung der Transportmehrkosten bis maximal CHF 1500.–, wenn die versicherte Person den Reiseplan ändern muss

- 5 Bei Ausfall der gewählten Unterkunft infolge Feuer, Wasser oder Elementarereignissen berät Sanitas Assistance die versicherte Person und bezahlt die Unterkunftsmehrkosten bis maximal CHF 1500.–.
- 6 Falls Streiks oder Unruhen (die den Versicherten unschuldig tangieren), Quarantäne, Epidemien oder Elementarereignisse die Fortsetzung der Reise verunmöglichen, erbringt Sanitas Assistance die folgenden Leistungen:
- Beratung der versicherten Person und Bezahlung der Mehrkosten für die unumgängliche direkte Rückreise sowie der vertraglich geschuldeten Annullierungskosten für Hotel oder Ferienwohnung bis maximal CHF 1500.–
 - Bezahlung der Unterkunftsmehrkosten (10 Übernachtungen à maximal CHF 150.–), wenn die versicherte Person einen unvorhergesehenen Aufenthalt einschalten oder den Aufenthalt verlängern muss
 - Bezahlung der Transportmehrkosten bis maximal CHF 1500.–, wenn die versicherte Person den Reiseplan ändern muss

6 Wie lange erbringt Sanitas Assistance diese Leistungen?

Sanitas Assistance gilt während der Zeit, in welcher die entsprechende Person die Zusatzversicherung «Hospital Top Liberty» versichert hat. Sie gilt für Reisen mit einer Höchstdauer von 12 Monaten.

7 Welche Einschränkungen sind zu beachten?

- 1 Von den Leistungen der Sanitas Assistance sind ausgeschlossen:
- Kosten für Dienstleistungen, die eine versicherte Person ohne vorherige Zustimmung von Sanitas Assistance veranlasst bzw. bezahlt 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 arglistige Handlungen der versicherten 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.

8 Besteht der Versicherungsschutz weltweit?

- 1 Grundsätzlich erbringt Sanitas Assistance die Leistungen auf der ganzen Welt. Ausgeschlossen sind zurzeit allerdings folgende Länder und Regionen: Afghanistan, Algerien, Somalia und Westsahara.
- 2 Gleiches gilt für Krisengebiete und Staaten im Kriegs- oder Bürgerkriegszustand. Weil sich die Situationen in den einzelnen Ländern schnell ändern können, ist es ratsam, vor dem Reiseantritt eine Abklärung bei Sanitas Assistance vorzunehmen. Denn die Unterstützung bei der Vorbereitung einer Auslandsreise gehört zu den wesentlichen Dienstleistungen von Sanitas Assistance.