

Versicherung DIVERSA

Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB)

	Art.	
I. Begriff und Inhalt		I. Begriff und Inhalt
Zusatzversicherung	1	1 Zusatzversicherung
Inhalt	2	1.1 Die Versicherung DIVERSA gilt als Zusatzversicherung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Für alle in diesen Zusätzlichen Versicherungsbedingungen nicht besonders geregelten Fragen gelten die gesetzlichen Bestimmungen sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherungen (AVB).
Krankheit und Unfall	3	1.2 Für Versicherte, welche eine besondere Form der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Art. 62 KVG führen (z. B. HMO, Hausarztmodell), gelten zudem die diesbezüglichen Besonderen Versicherungsbedingungen (BVB).
II. Leistungen in der Schweiz		2 Inhalt
Nichtkassenpflichtige Arzneimittel	4	2.1 Aus der Versicherung DIVERSA werden vielfältige Leistungen ausgerichtet, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehen. Die Versicherung DIVERSA ist eine Schadenversicherung.
Badekuren	5	2.2 Die Versicherung DIVERSA kann als Variante DIVERSA, DIVERSA ^{care} , DIVERSA ^{plus} oder DIVERSA ^{premium} abgeschlossen werden.
Erholungskuren	6	3 Krankheit und Unfall
Meldepflicht	7	Die Leistungen aus der Versicherung DIVERSA werden bei Krankheit und bei Unfall gewährt.
Haushalthilfe	8	II. Leistungen in der Schweiz
Kranken- und Unfalltransporte in der Schweiz	9	4 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel
Zahnbehandlung	10	Die ärztlich verordneten, in der Schweiz beim Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) registrierten, nichtkassenpflichtigen Arzneimittel werden zu
Todesfallentschädigung	11	DIVERSA und DIVERSA ^{care} 50 %
Brillen, Kontaktlinsen	12	DIVERSA ^{plus} und DIVERSA ^{premium} 75 %
Nichtkassenpflichtige refraktive Chirurgie	13	übernommen. Ausgenommen von der Leistungspflicht sind die in der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) aufgeführten Präparate und solche, die im Rahmen von wissenschaftlichen Studien eingesetzt werden.
Nichtärztliche Psychotherapie	14	
Impfungen	15	
Hilfsmittel	16	
Nichtpflichtbehandlungen	17	
Ausstandsärztinnen und -ärzte	18	
Übernachtung bei ambulantem Eingriff	19	
Familienzimmer bei Niederkunft	20	
Rooming-in	21	
Kinderbetreuung	22	
Kurs für Notfälle bei Kleinkindern	23	
Rechtsschutz von Patientinnen und Patienten	24	
III. Leistungen im Ausland		
A Behandlungen im Notfall		
Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich	25	
Notrufzentrale	26	
Heilungskosten	27	
Notfallhilfe	28	
Leistungsdauer	29	
Meldepflichten	30	
Leistungseinschränkungen	31	
B Geplante Behandlungen		
Geplante ambulante ärztliche Behandlung	32	

5 Badekuren

5.1 Bei ärztlich verordneten, stationär durchgeführten Badekuren in einem ärztlich geleiteten, inländischen Heilbad gemäss Art. 40 KVG werden zu den von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckten Kosten zusätzlich während maximal 21 Tagen pro Kalenderjahr folgende Leistungen ausgerichtet:

DIVERSA und DIVERSA ^{care}	CHF 30 pro Tag
DIVERSA ^{plus} und DIVERSA ^{premium}	CHF 50 pro Tag

Diese Beiträge werden auch gewährt, wenn die ärztlich verordnete, stationäre Badekur in einem ärztlich geleiteten europäischen Heilbad durchgeführt wird, welches über das erforderliche Fachpersonal und ein zweckentsprechendes Therapieangebot zur Behandlung von Badekurpatientinnen und -patienten verfügt.

5.2 Die Badekur muss in einem vom Versicherer anerkannten Heilbad durchgeführt werden. Der Versicherer führt eine Liste der von ihm anerkannten Heilbäder, die er laufend anpasst. Die Liste kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

5.3 Diese Leistungen werden nur ausgerichtet, wenn der Kur eine intensive, wissenschaftlich anerkannte und zweckdienliche Behandlung vorausgegangen oder eine solche ambulant nicht möglich ist. Zudem hat bei Kurantritt eine ärztliche Eintrittsuntersuchung zu erfolgen, und es müssen in der Schweiz wissenschaftlich anerkannte balneologische/physikalische Anwendungen gemäss Kurplan durchgeführt werden.

6 Erholungskuren

6.1 Ist zur Ausheilung oder Erholung nach einer schweren Krankheit oder schweren Operation ein Kuraufenthalt medizinisch notwendig und ärztlich verordnet, werden pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:

DIVERSA und DIVERSA ^{care}	bis CHF 30
DIVERSA ^{plus} und DIVERSA ^{premium}	bis CHF 50

6.2 Die Kur muss in einer vom Versicherer anerkannten, inländischen Kuranstalt durchgeführt werden. Der Versicherer führt eine Liste der von ihm anerkannten Kuranstalten, welche er laufend anpasst. Die Liste kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

6.3 Die versicherten Leistungen werden während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr ausgerichtet.

7 Meldepflicht

Die ärztliche Kurverordnung ist rechtzeitig vor Antritt der Kur einzureichen, unter Angabe der Kuranstalt oder des Heilbades und des Datums des Kurantritts.

8 Haushalthilfe

8.1 Wenn die versicherte Person aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit wegen ihres Gesundheitszustandes und wegen ihren persönlichen familiären Verhältnissen

eine Haushalthilfe benötigt, werden pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:

DIVERSA und DIVERSA ^{care}	CHF 30
DIVERSA ^{plus} und DIVERSA ^{premium}	CHF 50

8.2 Als Haushalthilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung der versicherten Person den Haushalt besorgt. Der gleiche Beitrag kann auch ausgerichtet werden, wenn eine andere Person in Vertretung der erkrankten versicherten Person den Haushalt besorgt und die damit verbundenen Kosten ausgewiesen sind.

8.3 Die versicherte Tagesleistung wird höchstens 30 Mal pro Kalenderjahr ausgerichtet.

9 Kranken- und Unfalltransporte in der Schweiz

9.1 Im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernimmt der Versicherer die in der Schweiz anfallenden Kosten für medizinisch notwendige Ambulanztransporte zur nächstgelegenen Ärztin oder zum nächstgelegenen Arzt bzw. Spital zu den üblichen Tarifen. Das Transportmittel muss wirtschaftlich und zweckmässig sein.

9.2 An Such- und Rettungskosten von verunfallten oder akut erkrankten Versicherten werden im Nachgang zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die folgenden Leistungen erbracht:

DIVERSA	bis CHF 10'000
DIVERSA ^{care}	bis CHF 15'000
DIVERSA ^{plus}	bis CHF 20'000
DIVERSA ^{premium}	bis CHF 25'000

9.3 Macht eine Organisation die Rechnungsstellung für geleistete Hilfestellung von den Leistungen des Versicherers abhängig, werden die Leistungen hälftig gekürzt.

10 Zahnbehandlung

10.1 Die folgenden Leistungen werden gewährt:

10.1.1 Bei stationären chirurgischen Behandlungen zur Behebung von pathologischen Zuständen (Kiefer-Kammaufbau mit Rippentransplantation, Rekonstruktion des Vestibulums usw.) werden die Kosten der allgemeinen Abteilung des Vertragsspitals im Wohnkanton übernommen.

10.1.2 Bei ambulanter Behandlung werden die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sowie von der Schulzahnpflege nicht gedeckten Kosten zu

DIVERSA und DIVERSA ^{care}	50%
DIVERSA ^{plus} und DIVERSA ^{premium}	75%

übernommen. Die Rückerstattung von Leistungen richtet sich ausschliesslich nach einem in den schweizerischen Sozialversicherungen gültigen zahnärztlichen Tarif und den dort jeweils unter dem entsprechenden Kapitel aufgeführten Tarifpositionen. Es handelt sich dabei um folgende Behandlungen:

– Kieferorthopädische Behandlung aus kaufunktionellen Gründen (Korrektur von Zahnfehlstellungen und Kieferdeformitäten) bis zur Vollendung des 22. Altersjahres

- Behandlung von Kiefergelenkbeschwerden (Costen-Syndrom), ausgenommen Kronen und Brücken
- Parodontologische Behandlung (diagnostische und therapeutische Massnahmen am Zahnhalteapparat bzw. Zahnbett, ausgenommen Extraktionen, Zahnersatz usw.)
- Operative Entfernung retinierter oder impaktierter Zähne oder vollständig vom Knochen umschlossener Wurzelreste
- Zahnextraktionen unter Aufklappung

10.2 Versicherte, die zahnärztliche Leistungen im Sinne dieses Artikels beanspruchen können, haben die detaillierten zahnärztlichen Rechnungen mit Angabe der Tarifiziffern gemäss dem angewendeten sozialversicherungsrechtlichen zahnärztlichen Tarif einzureichen. Der Versicherer kann das Original verlangen.

11 Todesfallentschädigung

- 11.1 Bei Tod der versicherten Person nach dem dritten Lebensjahr und vor dem erfüllten 65. Lebensjahr wird eine Todesfallentschädigung von CHF 1'000 ausgerichtet.
- 11.2 Die Auszahlung erfolgt an die anspruchsberechtigten Hinterbliebenen. Als solche gelten abschliessend: die Ehegattin, der Ehegatte, die eingetragene Partnerin oder der eingetragene Partner der versicherten Person, bei deren Fehlen die Kinder der versicherten Person, bei deren Fehlen die Eltern der versicherten Person.
- 11.3 Die Bezeichnung anderer Begünstigter oder der Ausschluss von Anspruchsberechtigten ist nicht möglich.
- 11.4 Der Tod der versicherten Person ist unverzüglich zu melden. Zur Anspruchsbegründung ist eine amtliche Sterbeurkunde einzureichen.
- 11.5 Wird innerhalb von sechs Monaten keine amtliche Sterbeurkunde eingereicht, erlischt der Anspruch auf die Todesfallentschädigung.

12 Brillen, Kontaktlinsen

An die Kosten von Optikerinnen oder Optikern abgegebener Brillengläser und Kontaktlinsen werden für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr einmal pro Kalenderjahr und für Erwachsene einmal innert drei Kalenderjahren folgende Leistungen ausgerichtet:

DIVERSA	bis CHF 150
DIVERSA ^{care}	bis CHF 200
DIVERSA ^{plus}	bis CHF 250
DIVERSA ^{premium}	bis CHF 300

13 Nichtkassenpflichtige refraktive Chirurgie

An die Kosten von nichtkassenpflichtigen chirurgischen Korrekturen der Fehlsichtigkeit werden für Versicherte ab dem vollendeten 21. bis zum vollendeten 50. Altersjahr einmal innert fünf Kalenderjahren die folgenden Leistungen ausgerichtet, sofern die Versicherung zum Zeitpunkt des Eingriffs während mindestens eines Jahres bestanden hat:

DIVERSA ^{care}	50%, höchstens CHF 400
DIVERSA ^{premium}	50%, höchstens CHF 600

Aus DIVERSA und DIVERSA^{plus} werden keine Leistungen ausgerichtet.

14 Nichtärztliche Psychotherapie

14.1 Solange in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung keine Leistungspflicht für Kosten der ärztlich angeordneten, durch anerkannte nichtärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführten Behandlungen besteht, werden für solche Behandlungen aus der Versicherung DIVERSA ausgerichtet:

DIVERSA und DIVERSA ^{care}	75%, höchstens CHF 2'000 innert 3 Kalenderjahren
DIVERSA ^{plus} und DIVERSA ^{premium}	75%, höchstens CHF 3'000 innert 3 Kalenderjahren

Die Höhe der auszurichtenden Leistungen beschränkt sich auf die geltenden Tarifpositionen für die delegierte Psychotherapie.

14.2 Als anerkannte nichtärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gelten die selbstständigen Psychologinnen und Psychologen, die Mitglied der Assoziation Schweizerischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) oder auf der Liste von santésuisse aufgeführt sind.

14.3 Kosten von Psychotherapien, die zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifung oder zu anderen, nicht auf die Behandlung einer Krankheit gerichteten Zwecken durchgeführt werden, werden nicht übernommen.

15 Impfungen

Die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Kosten für Impfungen werden zu 90% übernommen.

16 Hilfsmittel

16.1 Für ärztlich verordnete, vom Versicherer anerkannte Hilfsmittel, für welche weder aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung noch aus einer anderen Sozialversicherung ein Anspruch auf Leistungen besteht, werden pro Hilfsmittel die folgenden Leistungen ausgerichtet:

DIVERSA und DIVERSA ^{care}	50%, höchstens CHF 1'000
DIVERSA ^{plus} und DIVERSA ^{premium}	50%, höchstens CHF 2'000

16.2 Die Kosten für Betrieb und Unterhalt der Hilfsmittel werden nicht übernommen.

17 Nichtpflichtbehandlungen

An die Kosten von Korrekturoperationen von abstehenden Ohren sowie von Unterbindungen (Sterilisation und Vasektomie) werden die folgenden Leistungen ausgerichtet:

DIVERSA und DIVERSA ^{care}	50%, höchstens CHF 2'000
DIVERSA ^{plus} und DIVERSA ^{premium}	50%, höchstens CHF 4'000

18 Ausstandsärztinnen und -ärzte

An Behandlungen durch Ärztinnen und Ärzte, die es abgelehnt haben, ihre Leistungen nach dem Tarif der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen (Ausstand), werden folgende Leistungen erbracht:

DIVERSA und DIVERSA ^{care}	keine Leistungen
DIVERSA ^{plus} und DIVERSA ^{premium}	75%, höchstens CHF 2'000 pro Kalenderjahr

19 Übernachtung bei ambulantem Eingriff

Für eine medizinisch nicht notwendige, kostenpflichtige Übernachtung in einem Spitalzimmer vor oder nach einem ambulanten Eingriff, der im Operationsaal desselben Spitals stattfindet und durch die obligatorische Unfall- oder durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung gedeckt ist, werden pro Kalenderjahr die folgenden Leistungen ausgerichtet:

DIVERSA ^{care}	50%, höchstens CHF 200
DIVERSA ^{premium}	75%, höchstens CHF 200

Aus DIVERSA und DIVERSA^{plus} werden keine Leistungen ausgerichtet.

20 Familienzimmer bei Niederkunft

20.1 Belegen Familienmitglieder nach der Niederkunft einer Versicherten kostenpflichtig ein Familienzimmer desselben Spitals bzw. des Geburtshauses, und besteht die Versicherung der Mutter mindestens seit einem Jahr vor der Niederkunft, werden daraus für höchstens fünf Übernachtungen pro Kalenderjahr je die folgenden Leistungen ausgerichtet:

DIVERSA ^{care}	bis CHF 60
DIVERSA ^{premium}	bis CHF 100

Aus DIVERSA und DIVERSA^{plus} werden keine Leistungen ausgerichtet.

20.2 Bei Leistungen für Rooming-in gemäss Art. 21 werden keine Leistungen für das Familienzimmer ausgerichtet.

21 Rooming-in

21.1 Übernachtet ein Elternteil kostenpflichtig in einem Spitalzimmer desjenigen Spitals, in dem das versicherte Kind vor dem vollendeten 10. Altersjahr hospitalisiert ist, oder übernachtet ein oder mehrere Kinder vor dem vollendeten 10. Altersjahr kostenpflichtig in einem Spitalzimmer desjenigen Spitals, in dem ein versicherter Elternteil hospitalisiert ist, werden aus der Versicherung der hospitalisierten

Person für höchstens zehn Übernachtungen pro Kalenderjahr je die folgenden Leistungen ausgerichtet:

DIVERSA ^{care}	bis CHF 60
DIVERSA ^{premium}	bis CHF 100

Aus DIVERSA und DIVERSA^{plus} werden keine Leistungen ausgerichtet.

21.2. Der Anspruch besteht auch bei Pflegekindern und Stiefkindern.

21.3 Bei Leistungen für das Familienzimmer gemäss Art. 20 werden keine Leistungen für das Rooming-in ausgerichtet.

22 Kinderbetreuung

22.1 Benötigt ein Kind ab dem vollendeten 4. bis zum vollendeten 12. Altersjahr infolge Krankheit oder Unfall eine Betreuung, und gehen die Eltern während dieser Zeit einer Erwerbstätigkeit nach und können keine Betreuung durch eine andere Person organisieren, so hat der versicherte Elternteil Anrecht darauf, dass ihm der Versicherer in Zusammenarbeit mit geeigneten Vertragspartnern innert nützlicher Frist eine geeignete Fachperson organisiert.

22.2 An die Kosten dieser Kinderbetreuung werden pro Stunde die folgenden Leistungen ausgerichtet:

DIVERSA ^{care}	bis CHF 30, höchstens CHF 600 pro Kalenderjahr
DIVERSA ^{premium}	bis CHF 50, höchstens CHF 600 pro Kalenderjahr

Aus DIVERSA und DIVERSA^{plus} werden keine Leistungen ausgerichtet.

22.3 Ein Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der versicherte Elternteil den Betreuungsbedarf beim Versicherer bzw. dessen Vertragspartner mindestens 24 Stunden im Voraus meldet, dieser den Betreuungsbedarf anerkennt und die Kinderbetreuung durch das vom Versicherer bzw. Vertragspartner organisierte Fachpersonal erfolgt. Erfolgt die Meldung weniger als 24 Stunden im Voraus, ist der Anspruch auf Leistungen abhängig von der Verfügbarkeit des Fachpersonals.

22.4 Sind beide Elternteile beim Versicherer versichert, wird die maximale Vergütung pro Stunde für die gleiche Betreuung nur einmal ausgerichtet.

22.5 Der Anspruch besteht auch bei Pflegekindern und Stiefkindern.

23 Kurs für Notfälle bei Kleinkindern

23.1 An die Kosten eines Kurses zum Umgang mit Notfällen bei Kleinkindern werden versicherten Eltern von Kindern bis zum vollendeten 6. Altersjahr einmal innert drei Kalenderjahren die folgenden Leistungen ausgerichtet:

DIVERSA ^{care}	50%, höchstens CHF 200
DIVERSA ^{premium}	50%, höchstens CHF 200

Aus DIVERSA und DIVERSA^{plus} werden keine Leistungen ausgerichtet.

23.2 Der Kurs zum Umgang mit Notfällen bei Kleinkindern muss die Qualitätskriterien des Versicherers erfüllen. Der Versicherer führt eine Liste der von ihm anerkannten Kursanbieter. Diese Liste wird laufend angepasst und kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.

24 Rechtsschutz von Patientinnen und Patienten

24.1 Benötigt die versicherte Person rechtliche Unterstützung als Patientin oder Patient bei vertraglichen oder haftpfllichtrechtlichen Streitigkeiten mit von der CONCORDIA anerkannten Leistungserbringern, hat sie pro Rechtsfall Anspruch auf folgende Leistungen:

DIVERSA^{care} bis CHF 300'000 in Europa
bis CHF 50'000 ausserhalb von Europa

DIVERSA^{premium} bis CHF 500'000 in Europa
bis CHF 50'000 ausserhalb von Europa

Aus DIVERSA und DIVERSA^{plus} werden keine Leistungen an den Rechtsschutz von Patientinnen und Patienten ausgerichtet.

24.2 Die CONCORDIA stellt diese Leistungen sicher, indem sie einen Vertrag mit einem Rechtsschutzversicherer abschliesst. Für sämtliche Belange zum Rechtsschutz von Patientinnen und Patienten gelten die Versicherungsbedingungen dieses Rechtsschutzversicherers. Die CONCORDIA kann den Rechtsschutzversicherer unter Beibehaltung der Versicherungsdeckung jederzeit wechseln, worüber sie ihre Versicherten mindestens einen Monat im Voraus informiert.

III. Leistungen im Ausland

A Behandlungen im Notfall

25 Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich

25.1 Der Versicherungsschutz im Ausland gilt weltweit für Auslandsaufenthalte jeweils während der ersten 12 Monate.

25.2 Bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland gilt der Versicherungsschutz im gewählten Wohnsitzland während der ersten 12 Monate. Der Versicherungsschutz im übrigen Ausland bleibt auch nach dem 12. Monat weiter bestehen. Für Notfallbehandlungen in der Schweiz werden keine Leistungen gemäss diesem Kapitel ausgerichtet.

26 Notrufzentrale

26.1 Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall, unvorhergesehener Niederkunft und Tod im Ausland, welche Notfallhilfe gemäss Art. 28 oder die Hospitalisation erforderlich machen, ist unverzüglich die vom Versicherer bezeichnete Notrufzentrale zu benachrichtigen. Diese berät die Versicherten und leistet ihnen die erforderliche Hilfe.

26.2 Die notwendige Notfallhilfe wird von der Notrufzentrale angeordnet, organisiert und im Bedarfsfall durchgeführt und vom Versicherer vergütet.

26.3 Die Kosten einer nicht von der Notrufzentrale angeordneten Notfallhilfe gemäss Art. 28 werden nicht übernommen.

27 Heilungskosten

Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall oder unvorhergesehener Niederkunft im Ausland werden die folgenden Heilungskosten zu den ortsüblichen Tarifen übernommen:

27.1 Ärztliche Behandlungen (nur in der Schweiz anerkannte Heilanzeigen)

27.2 Medikamente

27.3 Analysen

27.4 Chiropraktische Behandlungen

27.5 Unfallbedingte Zahnbehandlungen

27.6 Stationäre Behandlungen in Akutspitälern

28 Notfallhilfe

28.1 Bei ernsthafter Erkrankung, schwerem Unfall oder Tod im Ausland übernimmt der Versicherer folgende durch seine Notrufzentrale organisierten Leistungen:

28.1.1 Medizinisch notwendige Rettungsaktionen und Transporte

28.1.2 Suchaktionen zur Rettung und Bergung einer verunfallten oder akut erkrankten versicherten Person bis zu einem Maximalbetrag von:

DIVERSA und DIVERSA^{care} CHF 10'000

DIVERSA^{plus} und DIVERSA^{premium} CHF 20'000

28.1.3 Medizinisch notwendige Heimschaffung an den Wohnort bzw. ins zuständige Spital

28.1.4 Bergung und Heimschaffung einer verstorbenen versicherten Person an den vor der Abreise bestandenen Wohnort in der Schweiz

28.2 Werden Such-, Rettungs- oder Transportmassnahmen durch Streik, Wirren, kriegerische Handlungen, Radioaktivität, höhere Gewalt oder ähnliche Ursachen verunmöglicht, kann deren Durchführung nicht verlangt werden.

29 Leistungsdauer

29.1 Die Leistungen bei ambulanten Behandlungen werden längstens während der Geltung des Versicherungsschutzes gemäss Art. 25 erbracht.

29.2 Leistungen bei stationärer Behandlung werden nur bis zum Zeitpunkt einer medizinisch zumutbaren Heimreise oder Verlegung in das in der Schweiz (Art. 25.1) oder im Wohnsitzland (Art. 25.2) zuständige Spital ausgerichtet, längstens jedoch während der folgenden Dauer:

DIVERSA 30 Tage

DIVERSA^{care} 45 Tage

DIVERSA^{plus} 60 Tage

DIVERSA^{premium} 75 Tage

30 Meldepflichten

- 30.1 Bei plötzlicher Erkrankung, Unfall oder unvorhergesehener Niederkunft im Ausland ist der Notrufzentrale des Versicherers unverzüglich Meldung zu erstatten (Art. 26).
- 30.2 Die detaillierten Rechnungen, die Leistungsabrechnung allfälliger anderer Kranken- bzw. Unfallversicherer und die notwendigen medizinischen Angaben sind in einer schweizerischen Landes- oder in englischer Sprache unverzüglich einzureichen. Der Versicherer kann das Original verlangen.

31 Leistungseinschränkungen

- 31.1 Auslandeleistungen werden nur für Behandlungen im jeweiligen Aufenthaltsland gewährt. Für Verlegungen und Behandlungen in Drittstaaten können keine Leistungen beansprucht werden.
- 31.2 Begeben sich Versicherte zur Behandlung, Pflege, Kur oder Niederkunft ins Ausland, werden keine Leistungen ausgerichtet. Für Krankheiten und Unfallfolgen, die bereits bei der Abreise ins Ausland bestanden haben, entfällt die Leistungspflicht. Vorbehalten bleibt Art. 32.

B Geplante Behandlungen

32 Geplante ambulante ärztliche Behandlung

- 32.1 Bei einer geplanten ambulanten ärztlichen Behandlung im Ausland, für die bei Durchführung in der Schweiz ein Leistungsanspruch aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung bestehen würde, übernimmt der Versicherer nach vorgängiger Kostengutsprache die Kosten für ambulante ärztliche Behandlungen in einer Arztpraxis oder in einem Spital sowie für die von diesen Leistungserbringern im Zusammenhang mit der Behandlung benötigten Arzneimittel.
- Die Leistungen werden auf Basis der ortsüblichen Tarife und nach Abzug einer jährlichen Franchise von CHF 1'000 wie folgt ausgerichtet:
- | | |
|----------------------------|---|
| DIVERSA ^{premium} | 75%,
höchstens CHF 10'000 pro Kalenderjahr |
|----------------------------|---|
- Aus DIVERSA, DIVERSA^{care} und DIVERSA^{plus} werden keine Leistungen ausgerichtet.
- 32.2 Die versicherte Person muss dem Versicherer spätestens sieben Tage vor der Behandlung ein Kostengutsprachegesuch einreichen. Das Gesuch muss den Behandlungszeitraum, die vorgesehene medizinische Behandlung und den gewählten Leistungserbringer enthalten. Wird das Gesuch verspätet eingereicht oder abgelehnt, werden keine Leistungen ausgerichtet.

- 32.3 Die versicherte Person hat die für die Ausrichtung der Leistungen notwendigen medizinischen Angaben und die detaillierte Rechnung in einer schweizerischen Landes- oder in englischer Sprache einzureichen, wobei der Versicherer das Original verlangen kann. Kann die versicherte Person keine detaillierte Rechnung einreichen, setzt der Versicherer die Leistungen unter Berücksichtigung der Art und Schwere der Krankheit bzw. der Unfallfolgen fest.
- 32.4 Der Versicherer führt eine Liste derjenigen Länder, in denen geplante ambulante Behandlungen oder deren Leistungsprüfung nicht in ausreichender Qualität gewährleistet werden können, zum Beispiel in Kriegs- und Krisengebieten oder in Entwicklungs- und Schwellenländern. Für eine ambulante Behandlung in einem der aufgelisteten Länder muss einerseits eine ausreichende medizinische Versorgung gewährleistet sein und andererseits betrügerisches Verhalten ausgeschlossen werden können. Damit der Versicherer dies feststellen kann, muss die versicherte Person ihm zusätzlich zu den Angaben gemäss Art. 32.2 eine Begründung für die geplante Behandlung beim entsprechenden Leistungserbringer, sämtliche ihr zur Verfügung stehenden Unterlagen über den Leistungserbringer sowie einen Kostenvoranschlag zustellen. Erachtet der Versicherer die Voraussetzungen als erfüllt, erteilt er die Kostengutsprache. Andernfalls lehnt er die Kostengutsprache ab und übernimmt keine Leistungen. Die aktuelle Länderliste kann beim Versicherer eingesehen oder auszugsweise verlangt werden.
- 32.5 Der Versicherer führt zudem eine Liste der Leistungserbringer, von denen er erfahren hat, dass sie in der Vergangenheit keine genügende medizinische Versorgung gewährleisteten, unwirtschaftliche Behandlungen durchführten, überbeuerte Rechnungen ausstellten, mit dem Versicherer oder dessen Partnern ungenügend kooperierten, oder die wegen betrügerischem Verhalten auffällig wurden. Für Behandlungen durch solche Leistungserbringer erteilt der Versicherer keine Kostengutsprachen und übernimmt keine Leistungen. Der Versicherer hält den Daten- und Persönlichkeitsschutz ein. Er nennt die in dieser Liste aufgeführten Leistungserbringer nur im Einzelfall, beim Prüfen von Gesuchen um Kostengutsprache oder Leistungsübernahme. Die Aufsichtsbehörde des Versicherers kann jederzeit Einsicht in die Liste verlangen.

- 32.6 Von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind:
- Ärztliche und nichtärztliche Psychotherapie.
 - Präparate, die in der LPPV aufgeführt sind.
 - Komfort- und Lifestyle-Präparate sowie vergleichbare Präparate.
 - Präparate, die für kosmetische Zwecke eingesetzt werden.
 - Persönliche Unkosten.
 - Leistungen bei Ereignissen gemäss Art. 32 und 33 AVB.
 - Leistungen in der Schweiz bei Wohnsitz ausserhalb der Schweiz.
- 32.7 Bei Währungsschwankungen oder bei Kostensteigerungen des Gesundheitswesens im Ausland kann der Versicherer den Höchstbetrag oder die Franchise für die versicherte Leistung anpassen. Zu diesem Zweck gibt er die neuen Vertragsbedingungen spätestens 25 Tage vor deren Inkrafttreten schriftlich bekannt. Die versicherungsnehmende Person hat hierauf das Recht, die Versicherung auf Ende des laufenden Kalenderjahres zu kündigen. Macht sie davon Gebrauch, so erlischt die Versicherung mit Ende des laufenden Kalenderjahres. Die Kündigung muss spätestens am letzten Tag des laufenden Kalenderjahres beim Versicherer eintreffen. Unterlässt die versicherungsnehmende Person die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.



Bundesplatz 15
6002 Luzern
Telefon +41 41 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch