

Alternativversicherung myFlex

Krankenzusatzversicherung nach VVG

Zusatzbedingungen (ZB) Ausgabe 01.2011

Grundlage der nachstehenden Zusatzbedingungen (ZB) bilden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankenzusatzversicherungen nach VVG der CSS Versicherung AG, sofern die vorliegenden ZB keine anders lautenden Regelungen vorsehen.

Inhaltsverzeichnis

1	Aufnahmebedingungen	2
2	Versicherte Risiken	2
3	Versicherte Leistungen	2
4	Anerkannte Leistungserbringer und Methoden	2
5	Leistungseinschränkungen	3
6	Leistungsanspruch	3
7	Kostenbeteiligungen	3
8	Leistungsfreiheitsbonus	3

1 Aufnahmebedingungen

- 1.1 In der Alternativversicherung myFlex kann die versicherte Person zwischen den drei Versicherungsstufen «Economy», «Balance» oder «Premium» wählen.
- 1.2 Sowohl der Erstsabschluss einer Alternativversicherung myFlex als auch der Wechsel von einer leistungsumfangs-schwächeren zu einer leistungsumfangsstärkeren Versicherungsstufe bedarf zwingend der Abgabe einer Gesundheitsdeklaration und erfolgt nur nach Überprüfung und Annahme dieser durch die CSS.
- 1.3 Neugeborene werden nur in den Versicherungsstufen «Economy» und «Balance» vorbehaltlos auf den Tag der Geburt versichert, sofern der unterzeichnete Versicherungsantrag spätestens 30 Tage nach der Geburt bei der CSS eintrifft.
- 1.4 Die Versicherungsdeckung kann für Unfallfolgen nicht ausgeschlossen werden.

2 Versicherte Risiken

Versichert sind Versicherungsfälle aufgrund von Krankheit (im Sinne von Ziffer 7.1 AVB), Unfall (im Sinne von Ziffer 8 AVB) und Mutterschaft (im Sinne von Ziffer 7.2 AVB).

3 Versicherte Leistungen

Die CSS erbringt im Versicherungsfall folgende Leistungen ergänzend und im Nachgang zu den Leistungen anderer Sozialversicherungen, insbesondere zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) und/oder zur Unfallversicherung nach Unfallversicherungsgesetz (UVG). Der jeweilige Leistungsumfang (inkl. Kostenbeteiligung) für die entsprechend abgeschlossene Versicherungsstufe ist in nachfolgender Tabelle geregelt.

	ECONOMY	BALANCE	PREMIUM
3.1 Ambulante Behandlungen	In Abänderung von Ziffer 27.1 AVB sind im Rahmen von Ziffer 4 der vorliegenden ZB die Kosten für Leistungen ambulanter Behandlungen versichert, welche nach komplementärmedizinischen Heilmethoden (wie z.B. Akupunktur, Homöopathie, Osteopathie) durchgeführt werden, soweit diese die Behandlung einer Krankheit, von Mutterschaft oder von Unfallfolgen zum Zweck haben.		
Heilmittel	Versichert sind gemäss Ziffer 4 anerkannte und verordnete resp. abgegebene komplementärmedizinische Heilmittel.		
Stationäre Behandlungen	In Abänderung von Ziffer 27.1 AVB sind im Rahmen von Ziffer 4 der vorliegenden ZB die Kosten für Leistungen stationärer Behandlungen versichert, welche nach komplementärmedizinischen Heilmethoden (wie z.B. Akupunktur, Homöopathie, Osteopathie) durchgeführt werden, soweit diese die Behandlung einer Krankheit, von Mutterschaft oder von Unfallfolgen zum Zweck haben. Es werden diesfalls nur die Kosten vergütet, welche auch bei einer ambulanten Behandlung entstanden wären. Nicht versichert sind sämtliche Kosten für Unterkunft, Pflege und Verpflegung.		
	75 %, höchstens CHF 1000 pro Kalenderjahr	75 %, höchstens CHF 3000 pro Kalenderjahr	75 %, höchstens CHF 10 000 pro Kalenderjahr
3.2 Behandlungen mit eingeschränkter Deckung	Kosten für die unter Ziffer 5.3 genannten komplementärmedizinischen Behandlungen, sind auf nachfolgend aufgeführte Höchstbeträge pro Kalenderjahr begrenzt, unabhängig davon, ob sie nur durch die Inanspruchnahme einer erwähnten Behandlungsmethode oder mehrerer solcher entstehen. Diese Beträge werden in Anrechnung auf die in Ziffer 3.1 festgelegten Jahreshöchstsummen geleistet und sind mit diesen nicht kumulierbar.		
	75 %, höchstens CHF 200 pro Kalenderjahr	75 %, höchstens CHF 600 pro Kalenderjahr	75 %, höchstens CHF 2000 pro Kalenderjahr

4 Anerkannte Leistungserbringer und Methoden

- 4.1 Die Leistungspflicht im Rahmen von Ziffer 3 setzt voraus, dass kumulativ sowohl der gewählte Leistungserbringer als auch die angewandten Methoden in einer nachfolgend umschriebenen Liste (vgl. Ziffer 41 AVB) aufgeführt sind. Massgebend sind immer die im Behandlungszeitpunkt gültigen Listen. Keine Leistungspflicht besteht, wenn ein anerkannter Leistungserbringer Behandlungen im Rahmen anerkannter Methoden erbringt, dazu aber aufgrund seiner Zulassung und gemäss den von der CSS aufgestellten Anerkennungskriterien nicht befugt wäre.
- 4.2 Die CSS führt eine Liste (vgl. Ziffer 41 AVB) anerkannter Methoden. Gemäss dieser übernimmt die CSS nur die in Ziffer 3 festgelegten Kosten, welche in Ausführung von ihr anerkannten komplementärmedizinischen Methoden angefallen sind.
- 4.3 In Abänderung von Ziffer 9 AVB führt die CSS eine Liste (vgl. Ziffer 41 AVB) anerkannter Leistungserbringer. Gemäss dieser übernimmt die CSS nur die in Ziffer 3 fest-

gelegten Kosten, welche von einem anerkannten Leistungserbringer erbracht worden sind. Unter anerkannten Leistungserbringern versteht die CSS in grundsätzlicher Hinsicht Personen, die für eine anerkannte komplementärmedizinische Therapieform/Methode, die von der CSS aufgestellten spezifischen Anerkennungskriterien erfüllen.

- 4.4 Kosten für anerkannte Heilmittel werden von der Alternativversicherung myFlex nur übernommen, wenn das Heilmittel im Rahmen einer CSS-erkannten Methode zweckmässig verordnet und abgegeben wird sowie der Leistungserbringer einerseits anerkannt und andererseits zur Verordnung des Heilmittels gemäss den von der CSS aufgestellten Anerkennungskriterien befugt ist. Die CSS behält sich vor, für die Heilmittel eine Negativ-Liste (vgl. Ziffer 41 AVB) zuzuführen.
- 4.5 Die CSS ist berechtigt, für die in Ziffer 3 erwähnten Leistungen Tarif- und Preislimiten festzusetzen. Diese Limiten ersehen Sie aus der entsprechenden Liste (vgl. Ziffer 41 AVB).

4.6 Die im Behandlungszeitpunkt gültigen Listen (gemäss Ziffer 41 AVB) können Sie bei der CSS einsehen und auszugsweise beziehen. Ihre CSS-Kontaktadresse finden Sie auf Ihrer Police bzw. Prämienübersicht. Die CSS empfiehlt Ihnen im Leistungsfall, sich vorgängig bei der Serviceline über die CSS-Anerkennungen zu vergewissern.

5 Leistungseinschränkungen

5.1 Für offensichtlich unangemessene Rechnungen gewähren wir nur im Umfang des für die betreffenden Verrichtungen Üblichen oder im Umfang unserer Tariflimiten im Sinne von Ziffer 4.3 Deckung.

5.2 Von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind:

5.2.1 Behandlungen, welche der/die Therapeut/in an sich selber vornimmt (Selbsttherapie);

5.2.2 Behandlungen, welche der Leistungserbringer für seine sämtlichen Verwandten (beispielsweise Familienangehörige in auf- und absteigender Linie) sowie bei deren zugeheirateten Personen durchführt. Unter diesen Ausschluss fallen auch Behandlungen von Konkubinats- sowie eingetragenen Partnern;

5.2.3 Kosten für versäumte Konsultationen;

5.2.4 Sämtliche Kosten für Versand und administrative Arbeiten;

5.2.5 Kosten für Behandlungen, die ausserhalb der Praxis des anerkannten Leistungserbringers vorgenommen werden;

5.2.6 Vergütungen an Kauf oder Miete von Hilfsmitteln oder Geräten;

5.2.7 Präventive Behandlungen (ohne Vorliegen eines versicherten Versicherungsfalles in Sinne von Ziff 2);

5.2.8 In Abänderung von AVB Ziffer 28.1 c) Kosten für Behandlungen im Ausland;

5.2.9 Kosten von Leistungen für unwirksame, unzweckmässige und unwirtschaftliche Behandlungen oder diagnostische Massnahmen. Als unwirksam, unzweckmässig und unwirtschaftlich gelten solche Leistungen, die ungeeignet sind, die beabsichtigte Wirkung zu erzielen, deren Nutzen kleiner ist als deren Risiken (auch im Vergleich zu anderen vergleichbaren Massnahmen) und deren Kostennutzenverhältnis ungenügend ist.

5.3 Die CSS bezeichnet in ihrer Methodenliste (vgl. Ziff 4.2) diejenigen Behandlungsmethoden abschliessend, für welche ihre Leistungspflicht auf den unter Ziffer 3.2 aufgeführten Höchstbetrag beschränkt ist.

6 Leistungsanspruch

6.1 Die Leistungen werden nach den Behandlungs- resp. Ausführungsdaten auf die pro Kalenderjahr versicherte Leistungssumme angerechnet. Die nach der Erschöpfung des Anspruchs anfallenden Kosten können nicht auf das Folgejahr übertragen werden. Ebenso kann ein aus der Nicht-Erschöpfung des Anspruchs resultierender Differenzbetrag zugunsten der versicherten Person nicht auf das Folgejahr übertragen werden.

6.2 Wird eine Leistungsbegrenzung pro Versicherungsfall vereinbart, gilt diese unabhängig vom Behandlungs- resp. Ausführungsdatum auf den einzelnen Versicherungsfall (inkl. Komplikationen und allfällige Nach- resp. Anschlussbehandlungen) bezogen und gilt als ausgeschöpft, sobald sämtliche im Zusammenhang mit diesem Versicherungsfall angefallenen Kosten die Leistungsgrenze erreicht haben.

6.3 Die in den vorliegenden ZB vorgesehenen Leistungen bzw. Beiträge werden im vereinbarten Umfang ausschliesslich ergänzend und im Nachgang zu den in den Ziffer 31.1 AVB genannten Versicherungen, insbesondere zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG, ausgerichtet. Kostenanteile, welche diese Versicherungen decken, sowie Kostenbeteiligungen aus diesen Versicherungen sind in der Alternativversicherung myFlex

nicht versichert, unabhängig davon, ob die genannten Versicherungen bestehen oder nicht.

6.4 Sofern unter Ziffer 3 nichts anderes geregelt ist, werden höchstens die effektiv entstandenen und nachgewiesenen Kosten vergütet.

7 Kostenbeteiligungen

Die Kostenbeteiligungen ergeben sich aus dem Leistungsumfang gemäss der Tabelle «Versicherte Leistungen», Ziffer 3.

8 Leistungsfreiheitsbonus

8.1 Jede versicherte Person kann in den Genuss einer einmaligen jährlichen Bonusvergütung kommen, wenn die CSS während der Beobachtungsperiode keine gemäss den vorliegenden ZB geschuldeten Versicherungsleistungen bezahlt hat.

8.2 Als Beobachtungsperiode gilt jeweils der Zeitraum von Anfang September bis Ende August der zwei letzten aufeinander folgenden Jahre, während welcher die versicherte Person diese Alternativversicherung myFlex abgeschlossen hat.

8.3 Bei einem Erstabschluss der Alternativversicherung myFlex kann die CSS kürzere Beobachtungsperioden vorsehen.

8.4 Die Höhe der Bonusvergütung wird auf der Grundlage des Erreichungsgrads des Produktergebnisses der Alternativversicherung myFlex alljährlich durch die CSS festgelegt. Eine Auszahlung erfolgt, sofern das Produktergebnis des letzten abgeschlossenen Geschäftsjahres innerhalb der Beobachtungsperiode im Rahmen des gemäss den technischen Grundlagen ermittelten Wertes liegt.

8.5 Der Leistungsfreiheitsbonus wird im der Beobachtungsperiode nachfolgenden Kalenderjahr vergütet, sofern die versicherte Person per 01.01. dieses Kalenderjahres weiterhin diese Alternativversicherung myFlex bei der CSS führt. Die versicherte Person wird über ihre Anspruchsberechtigung und die Höhe der individuellen Bonusvergütung schriftlich orientiert.

