



ZB

(Zusatzbedingungen)

Visana Versicherungen AG

Gültig ab 7.2017

Krankenzusatzversicherung Basic Flex (VVG)

Basic Ambulant

Basic Komplementär

Basic Spital Flex

Inhalt

Seite	
3	I Leistungskomponente Basic Ambulant
3	1. Allgemeines
3	2. Leistungskatalog
5	3. Besondere Bestimmungen
7	II Leistungskomponente Basic Komplementär
7	1. Allgemeines
7	2. Leistungskatalog
8	3. Besondere Bestimmungen
9	III Leistungskomponente Basic Spital Flex
9	1. Allgemeines
10	2. Kostenbeteiligung
11	3. Leistungskatalog
11	4. Besondere Bestimmungen

ZB (Zusatzbedingungen) VVG 7.2017 der Krankenzusatzversicherung Basic Flex

Wie setzt sich die Krankenzusatzversicherung Basic Flex zusammen?

Die Krankenzusatzversicherung Basic Flex besteht aus den Leistungskomponenten

- Basic Ambulant
- Basic Komplementär
- Basic Spital Flex

I Leistungskomponente Basic Ambulant

Diese Zusatzbedingungen sind Teil des Versicherungsvertrages. Es wird ausdrücklich auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Krankenzusatzversicherung Basic verwiesen.

Was ist versichert?

Im Rahmen der Leistungskomponente Basic Ambulant sind versichert:

- A** Beiträge an **ambulante Behandlungen, Untersuchungen und Präventivmassnahmen sowie Medikamente und Hilfsmittel** in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung
- B** Die **Vacanza Reiseversicherung** der Visana Versicherungen AG für acht Wochen pro Reise
- C** Die **Assistance-Versicherung** der Visana Versicherungen AG für Soforthilfe-Leistungen rund um die Uhr im Inland

A Ambulante Behandlungen, Untersuchungen und Präventivmassnahmen sowie Medikamente und Hilfsmittel

1. Allgemeines

1.1 Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Leistungen aus Basic Ambulant werden für wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche diagnostische und therapeutische Massnahmen, Medikamente und Hilfsmittel ausgerichtet.

Die Leistungen werden ausschliesslich in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgerichtet. Kostenanteile, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt, sowie Selbstbeteiligungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in Basic Ambulant nicht versichert, unabhängig davon, ob die obligatorische Versicherung besteht oder nicht. Es werden in jedem Fall höchstens die effektiv entstandenen Kosten vergütet.

Die Deckung für Unfälle kann nicht ausgeschlossen werden.

2. Leistungskatalog

Die Leistungen aus Basic Ambulant bemessen sich auf der Grundlage der durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht gedeckten Behandlungskosten. Die Leistungen aus der obligatorischen Versicherung werden vorab abgerechnet. Die Prozentzahlen in der nachstehenden Tabelle beziehen sich auf die verbleibenden Kostenanteile der Behandlung.

Basic Ambulant		Besondere Bestimmungen
Medikamente (ärztlich verordnet) • Medikamente, die von Swissmedic, dem Schweizerischen Heilmittelinstitut, für die betreffende Indikation zugelassen sind Kein Beitrag an Präparate, die in der Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) aufgeführt sind, sowie Medikamente aus der Visana-Medikamentenliste (vgl. Ziff. 3.5 der AVB).	90 %	Ziffer 3.1
Ästhetische Operationen Korrektur absteher Ohrmuscheln nach ortsüblichem Tarif	90 %	
Sterilisation/Vasektomie (nach ortsüblichem Tarif)	90 %	
Nicht ärztliche Psychotherapie Betrag pro Sitzung: 1. Serie von 20 Sitzungen 2. Serie von 40 Sitzungen	CHF 60.– CHF 50.–	Ziffer 3.2
Zahnärztlich-chirurgische Eingriffe (nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif) • Lippenbandresektion • Wurzelspitzenresektion • Zahnextraktion mit Separieren oder Aufklappung • Entfernung eines retinierten/impaktierten Zahnes • chirurgische Entfernung von Weisheitszähnen (inkl. Anästhesie, notwendige Röntgen und Nachbehandlung) maximal pro Kalenderjahr	25 % CHF 500.–	
Zahnstellungskorrekturen (nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif) maximal pro versicherte Person (Diagnose, Planung, Behandlung) inkl. Apparate und Nachkontrollen bis zum Abschluss)	80 % CHF 10000.–	
Hilfsmittel und Krankenutensilien (ärztlich verordnet) Beitrag an Kauf oder Miete in Ergänzung zur Sozialversicherung (KV, UV, IV, AHV, EL, EMV) maximal pro Kalenderjahr	90 % CHF 1000.–	Ziffer 3.3
Brillengläser und Kontaktlinsen • Kinder und Jugendliche bis Alter 18 pro Kalenderjahr maximal • Erwachsene alle drei Jahre maximal Brillengläser/Kontaktlinsen mit einer Korrektur über 10 Dioptrien pro Kalenderjahr maximal Keine Leistungen an die Kosten des Brillengestells und die Kosten für die Anpassung der Kontaktlinsen	90 % CHF 200.– 90 % CHF 200.– 90 % CHF 750.–	
Haushaltshilfe und Hauskrankenpflege Beitrag pro Tag während maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr Beitrag pro Tag während maximal weiteren 30 Tagen pro Kalenderjahr	CHF 50.– CHF 25.–	Ziffer 3.4
Mutterschaft Kontrolluntersuchungen und Ultraschallkontrollen (nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif)	90 %	
Vorsorgeuntersuchung/Check-up Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung (nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif) Check-up alle drei Jahre (nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif) maximal	90 % 90 % CHF 300.–	
Schutz- und Reiseimpfungen (nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif) maximal pro Kalenderjahr	90 % CHF 200.–	

Basic Ambulant		Besondere Bestimmungen
Transport- und Reisekosten medizinisch notwendige Krankentransporte in die nächstgelegene Heilanstalt (nach dem für die obligatorische Krankenpflegeversicherung gültigen Tarif) maximal pro Kalenderjahr Reisekosten maximal pro Kalenderjahr	90 % CHF 20000.– 50% CHF 2000.–	Ziffer 3.5
Rettungs-, Such- und Bergungskosten maximal pro Kalenderjahr Bei Leichenbergungen werden die Transportkosten bis zum Einsargen berücksichtigt	90 % CHF 25000.–	Ziffer 3.6
Ausland Während acht Wochen pro Reise Leistungen aus der Vacanza Reiseversicherung Keine Leistungen werden erbracht, wenn sich Versicherte zum Zwecke der Behandlung ins Ausland begeben.	Ja	

3. Besondere Bestimmungen

3.1 Medikamente

Wird in der Spezialitätenliste des Bundesamts für Gesundheit bei einem Medikament zur Missbrauchsbekämpfung eine Limitation aufgeführt, werden für Medikamentenbezüge über die Limitation hinaus keine Leistungen aus Basic Ambulant ausgerichtet.

Setzt das Bundesamt für Gesundheit für ein Medikament einen Höchstbetrag für die Vergütung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fest, wird die allfällige Differenz zum Verkaufspreis aus Basic Ambulant nicht übernommen.

Bei nicht branchenüblichen (z. B. über den Empfehlungen der Eidg. Arzneimittelkommission liegenden) Preisen bzw. Preisanpassungen der Hersteller können die Leistungen gekürzt werden. Ebenso kann bei übersetzten Preismargen zugunsten der Ärzte, Apotheker oder Heilanstalten verfahren werden.

Eine solche Kürzung kann erst vorgenommen werden, wenn die Verhandlungen mit den Herstellern und den Ärzten, Apotheken oder Heilanstalten keinen Erfolg gebracht haben.

3.2 Nicht ärztliche Psychotherapie

Leistungen werden nur für Behandlungen bei nicht ärztlichen Psychotherapeuten erbracht, die als Leistungserbringer für die obligatorische Krankenpflegeversicherung zugelassen sind.

Bis zum Inkrafttreten von Bestimmungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung über Leistungen an die Behandlung durch nicht ärztliche Psychotherapeuten werden die Vergütungen erbracht, sofern die Therapie durch einen von der Visana Versicherungen AG anerkannten Psychotherapeuten durchgeführt wird. Die Visana Versicherungen AG führt eine Liste der anerkannten Psychotherapeuten, in welche Sie Einsicht nehmen bzw. von welcher Sie einen Auszug verlangen können. Nach dem Inkrafttreten der Bestimmungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung fallen diese Leistungen aus Basic Ambulant weg.

3.3 Hilfsmittel und Krankenutensilien

Für teure, wiederverwendbare Hilfsmittel ist vorgängig eine Kostengutsprache der Visana Versicherungen AG einzuholen (Ziff. 8.1 AVB). Die Visana Versicherungen AG hat das Recht, solche Hilfsmittel zum Gebrauch abzugeben oder eine Abgabe zu vermitteln.

3.4 Haushalthilfe und Hauskrankenpflege

Bei Haushalthilfe werden die Leistungen erbracht, sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt und die Arbeiten

- durch Personal einer Hauspflegeorganisation oder
- durch eine nicht zu den nächsten Angehörigen zählende Person oder
- durch eine nicht im gleichen Haushalt lebende Person ausgeführt werden.

Als nächste Angehörige gelten Lebenspartner, Eltern, Kinder und deren Lebenspartner sowie Geschwister und deren Lebenspartner.

Wird von einem nächsten Angehörigen für die Pflege der versicherten Person die Erwerbstätigkeit aufgegeben oder unterbrochen, werden die Beiträge ebenfalls ausgerichtet.

Für Hauskrankenpflege werden die Beiträge erbracht, wenn bei ärztlich verordneter Hauskrankenpflege unter Beizug von entsprechend ausgebildetem Pflegepersonal ein Spital- oder Rehabilitationsaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann.

3.5 Reisekosten

Die Leistungen werden erbracht an Reisekosten bei ambulanten speziellen Serienbehandlungen, die nur in bestimmten, vom Wohnort weit entfernten Behandlungszentren (z. B. Universitätsklinik) durchgeführt werden können. Darunter fallen insbesondere Hämodialysen, lähmungsbedingte Behandlungen, Strahlentherapien als Krebsbehandlung.

Als Bemessungsgrundlage gelten die Kosten für die Reise 2. Klasse mit öffentlichen Transportmitteln oder CHF –.60 pro km für private Transportmittel (inkl. Taxi).

3.6 Rettungskosten

Rettung unterscheidet sich vom umfassenderen Begriff des Transports darin, dass die versicherte Person aus einer lebensbedrohenden Lage befreit werden muss.

B Vacanza Reiseversicherung

In der Vacanza Reiseversicherung sind während höchstens acht Wochen pro Reise bei Krankheit und Unfall auf Auslandsreisen entstandene ungedeckte Kosten versichert. Die Versicherung gilt ausserhalb der Schweiz auf der ganzen Welt. Der Versicherungsschutz umfasst ausserdem einen Soforthilfe-Service und eine Rechtsschutzversicherung.

Der Versicherungsschutz fällt bei Wegfall der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und/oder Wohnsitzverlegung ins Ausland dahin.

Der Leistungsumfang und die Bedingungen ergeben sich aus den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) VVG 2014 für die Vacanza Reiseversicherung der Visana Versicherungen AG.

C Assistance Soforthilfe-Leistungen

Die Visana-Assistance Soforthilfe bietet einen Beratungs- und Massnahmenservice bei Notfällen in der Schweiz an. Die Hilfeleistungen werden rund um die Uhr vermittelt und umfassen zur Hauptsache die Organisation und Koordination der nötigen Massnahmen.

Der Leistungsumfang und die Bedingungen ergeben sich aus den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) 2012 für die Service-Leistungen der «Visana Assistance CH» der Visana Versicherungen AG.

Integrierende Bestandteile der Leistungskomponente Basic Ambulant sind:

AVB VVG 2014 Vacanza Reiseversicherung der Visana Versicherungen AG
AVB 2012 für die Service-Leistungen der «Visana Assistance CH» der Visana Versicherungen AG.

II Leistungskomponente Basic Komplementär

Diese Zusatzbedingungen sind Teil des Versicherungsvertrages. Es wird ausdrücklich auf die Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Krankenzusatzversicherung Basic verwiesen.

Was ist versicherbar?

Im Rahmen der Leistungskomponente Basic Komplementär sind versicherbar: Beiträge an die Kosten von ambulanten und stationären komplementärmedizinischen Heilbehandlungen und Therapieformen sowie Medikamente.

1. Allgemeines

1.1 Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Leistungen aus Basic Komplementär werden erbracht für wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche diagnostische und therapeutische Massnahmen/Medikamente auf dem Gebiet der Komplementärmedizin.

Die Leistungen werden ausschliesslich in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgerichtet. Kostenanteile, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt, sowie Selbstbeteiligungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in Basic Komplementär nicht versichert, unabhängig davon, ob die obligatorische Versicherung besteht oder nicht. Es werden in jedem Fall höchstens die effektiv entstandenen Kosten vergütet.

Die Leistungen aus Basic Komplementär werden in der Schweiz sowie im grenznahen Ausland (100 km ab CH-Grenze) erbracht. Für Notfallbehandlungen durch staatlich anerkannte Ärzte und Therapeuten ausserhalb der Schweiz werden die gleichen Beiträge ausgerichtet.

Als Leistungserbringer sind Ärzte mit eidg. Diplom sowie anerkannte Naturheilpraktiker und Therapeuten zugelassen. Unter anerkannten Naturheilpraktikern und Therapeuten versteht die Visana Versicherungen AG Personen, welche für die entsprechende komplementärmedizinische Therapieform/Massnahme die von der Visana Versicherungen AG in Zusammenarbeit mit Ärzten und Therapeuten erarbeiteten, für jede Therapieform/Massnahme spezifischen Anerkennungskriterien erfüllen.

Die anerkannten Therapieformen sind in einer separaten Liste aufgeführt, in welche Sie Einsicht nehmen bzw. von welcher Sie einen Auszug verlangen können. Sie ist zudem auf der Homepage von Visana publiziert. Diese Liste unterliegt dem in Ziffer 7.1 der AVB vorbehaltenen Anpassungsrecht der Visana Versicherungen AG.

Die Visana Versicherungen AG führt eine Liste der von ihr im Sinne der obigen Bestimmungen anerkannten Naturheilpraktiker und Therapeuten, in welche Sie Einsicht nehmen bzw. von welcher Sie einen Auszug verlangen können.

2. Leistungskatalog

Basic Komplementär		Besondere Bestimmungen
Maximaler Beitrag pro Kalenderjahr für alle nachstehend aufgeführten Leistungen insgesamt	CHF 4000.–	
Ärzte (mit eidg. Diplom) in der Liste aufgeführte Therapieformen	90 %	
Naturheilpraktiker und andere Therapeuten <ul style="list-style-type: none">durch die Visana Versicherungen AG anerkannt: für in der Liste aufgeführte Therapieformen	90 %	
Medikamente <ul style="list-style-type: none">ärztlich verordnetdurch von der Visana Versicherungen AG anerkannten Naturheilpraktiker verordnet	90 % 90 %	Ziffer 3.1

3. Besondere Bestimmungen

3.1 Medikamente

Die Leistungen werden ausgerichtet an

- anthroposophische Präparate
- biologische Präparate
- homöopathische Präparate
- oligosole Präparate
- phytotherapeutische Präparate
- serocytole Präparate

Kein Beitrag wird an Präparate erbracht, die in der Liste der Pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (LPPV) aufgeführt sind, sowie an Präparate, welche als Nahrungsmittelergänzung deklariert und angewendet werden.

3.2 Leistungsausschlüsse

Für die folgenden Behandlungsformen werden keine Leistungen ausgerichtet:

- Astrologie
- Esoterische Therapieformen wie z. B. Geistheilung
- Fernbehandlung
- Handauflegung
- Magnetopathie
- Reiki

Ferner sind Aktivitäten nicht versichert, welche vorwiegend der Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens dienen (z. B. Yoga, Tai-Chi, Aerobic etc.).

III Leistungskomponente Basic Spital Flex

Diese Zusatzbedingungen sind Teil des Versicherungsvertrages. Die Allgemeinen Vertragsbedingungen für die Krankenzusatzversicherungen Visana finden Anwendung.

Was ist versicherbar?

Im Rahmen der Leistungskomponente Basic Spital Flex sind versicherbar:
Die Kosten bei **Aufenthalt im Akutspital** in der Schweiz in der gewählten Spitalabteilung in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung.
Acht Wochen Vacanza Reiseversicherung sowie die Assistance-Versicherung für Soforthilfe-Leistungen rund um die Uhr im Inland sind mitversichert.

Unfalldeckung

Unfall ist in Basic Spital Flex mitversichert

1. Allgemeines

Die Leistungen werden ausschliesslich in Ergänzung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung ausgerichtet. Kostenanteile, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt, sowie die Selbstbeteiligung aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind in Basic Spital Flex nicht versichert, unabhängig davon, ob die obligatorische Versicherung besteht oder nicht. Es werden in jedem Fall höchstens die effektiv entstandenen Kosten vergütet.

1.1 Voraussetzungen

Leistungen aus Basic Spital Flex werden erbracht für wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche diagnostische und therapeutische Massnahmen sowie die damit im Zusammenhang stehenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung in den von der Visana anerkannten Akutspitälern der Schweiz.

Die Leistungen setzen Akutspitalbedürftigkeit voraus (d.h., die Diagnose und die Gesamtheit der erforderlichen Massnahmen rechtfertigen den Aufenthalt im Akutspital) und werden nur entsprechend der Dauer der Akutspitalbedürftigkeit ausgerichtet.

1.2 Anerkannte Spitäler

Als anerkannte Akutspitäler gelten alle von der Visana Versicherungen AG nicht ausdrücklich ausgeschlossenen Institutionen/Abteilungen, welche der Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Rehabilitation dienen, unter ärztlicher Leitung stehen und über das erforderliche Fachpersonal sowie die zweckentsprechenden notwendigen medizinischen Einrichtungen verfügen.

Die Visana Versicherungen AG bezeichnet die nicht anerkannten Institutionen für die allgemeine, halbprivate oder private Spitalabteilung auf ihrer Liste der Spitalwahleinschränkung. Diese Liste wird laufend angepasst und kann auf der Visana-Homepage eingesehen oder bei der zuständigen Geschäftsstelle verlangt werden.

Im Notfall werden die Leistungen in allen Akutspitälern der Schweiz erbracht.

1.3 Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken

Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken gelten höchstens während 180 Tagen als Akutspitalaufenthalte. Auf ein medizinisch begründetes Gesuch können für maximal weitere 180 Tage Akutspital-Leistungen ausgerichtet werden. Nach Ablauf von 360 Tagen werden keine Akutspital-Leistungen mehr aus Basic Spital Flex erbracht.

1.4 Notfall im Ausland

Akutspitalaufenthalte im Ausland sind gedeckt, wenn die Behandlung notfallmässig erfolgt und Sie sich nicht zum Zwecke der Behandlung ins Ausland begeben.

1.5 Wahl der Spitalabteilung

Spätestens beim Eintritt ins Spital entscheiden Sie sich, in welcher Abteilung Sie sich behandeln lassen wollen. Für Leistungen in der allgemeinen Abteilung wird keine Kostenbeteiligung auferlegt, in der halbprivaten und privaten Abteilung schulden Sie die gewählte Kostenbeteiligung.

2. Kostenbeteiligung

2.1 Wählbare Kostenbeteiligungsvarianten

Sie wählen bei Vertragsabschluss eine der folgenden Kostenbeteiligungsvarianten:

	Gewählte Abteilung bei Spitaleintritt:	Max. Kostenbeteiligung pro Kalenderjahr:
Variante 2/4	Allgemein Halbprivat Privat	Keine CHF 2000.– CHF 4000.–
Variante 4/8	Allgemein Halbprivat Privat	Keine CHF 4000.– CHF 8000.–

Halten Sie sich während eines Kalenderjahres sowohl in der halbprivaten als auch in der privaten Abteilung auf, so müssen Sie sich höchstens im Umfang des Maximalbetrages für die private Abteilung an den Kosten beteiligen.

2.2 Anpassung der Kostenbeteiligung

Unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen kann die Visana Versicherungen AG die Erhöhung der Höchstbeträge der Kostenbeteiligungen auf den ersten Tag der kommenden Versicherungsperiode vornehmen. Die Visana Versicherungen AG gibt die neuen Versicherungsbedingungen spätestens 30 Tage vor Inkrafttreten bekannt. Sie haben darauf das Recht, den Vertrag Basic Spital Flex auf das Ende des laufenden Kalendersemesters zu kündigen. Die Kündigung muss um gültig zu sein, spätestens am letzten Arbeitstag des Kalendersemesters bei der Visana Versicherungen AG eintreffen. Unterlassen Sie eine solche Kündigung, haben Sie der Änderung zugestimmt.

2.3 Maximale Kostenbeteiligung für Familien

Sind zwei oder mehrere Familienmitglieder, die im gleichen Haushalt leben, in Basic Spital Flex versichert, so können Kostenbeteiligungen, die in einem Kalenderjahr den Maximalbetrag übersteigen, zurückgefordert werden. Der Maximalbetrag entspricht der höchsten gewählten Kostenbeteiligung. Für eheähnliche Gemeinschaften gilt diese Regelung ebenfalls.

2.4 Jahresübergreifender Spitalaufenthalt

Bei einem ununterbrochenen Spitalaufenthalt über das Jahresende von maximal 30 Tagen wird die Kostenbeteiligung für diesen Aufenthalt nur einmal erhoben. Die Kostenbeteiligung wird grundsätzlich dem Kalenderjahr zu Beginn dieses Spitalaufenthaltes angerechnet. Ist der Rechnungsanteil des Vorjahres kleiner als die gewählte Kostenbeteiligung, wird die restliche Kostenbeteiligung an das neue Kalenderjahr angerechnet und erhoben. Wurde die Kostenbeteiligung im alten Kalenderjahr für einen früheren Spitalaufenthalt bereits vollständig erhoben, wird die Kostenbeteiligung ganz dem neuen Kalenderjahr angerechnet.

2.5 Unterjähriger Wechsel der Kostenbeteiligungsvariante

Die Erhöhung der Kostenbeteiligungsvariante ist auf Monatsanfang möglich. Die seit Beginn des Kalenderjahres entrichtete Kostenbeteiligung wird angerechnet. Der Antrag auf Wechsel in eine tiefere Kostenbeteiligungsvariante kann nur unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten auf den Kalenderjahrwechsel gestellt werden.

2.6 Mutterschaft

Die Kostenbeteiligung wird auch für Leistungen bei Mutterschaft erhoben.

3. Leistungskatalog

3.1 Was ist versichert?

Bei Spitalaufenthalt (Behandlung und Übernachtung im Akutspital) sind folgende Kosten in der gewählten Abteilung (allgemein, halbprivat oder privat) versichert:

- Unterkunft und Verpflegung
- Krankenpflege
- Arzthonorare
- Diagnostische und therapeutische Massnahmen (ärztlich verordnet)
- Medikamente (ärztlich verordnet)
- Narkose, Operationssaalbenützung

In der Vacanza Reiseversicherung sind während höchstens acht Wochen pro Reise bei Krankheit und Unfall auf Auslandsreisen entstandene ungedeckte Kosten versichert. Die Versicherung gilt ausserhalb der Schweiz auf der ganzen Welt. Dieser Versicherungsschutz umfasst ausserdem einen Soforthilfe-Service und eine Rechtsschutzversicherung.

Dieser Versicherungsschutz fällt bei Wegfall der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und/oder Wohnsitzverlegung ins Ausland dahin. Der Leistungsumfang ergibt sich aus den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) WG 2014 der Vacanza Reiseversicherung der Visana Versicherungen AG.

Die Visana-Assistance Soforthilfe bietet einen Beratungs- und Massnahmenservice bei Notfällen in der Schweiz an. Die Hilfeleistungen werden rund um die Uhr vermittelt und umfassen zur Hauptsache die Organisation und Koordination der nötigen Massnahmen. Der Leistungsumfang und die Bedingungen ergeben sich aus den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) 2012 für die Service-Leistungen der «Visana Assistance CH» der Visana Versicherungen AG.

4. Besondere Bestimmungen

4.1 Anwendbare Tarife

Die Visana Versicherungen AG erbringt ihre Leistungen im Rahmen der mit ihr vereinbarten Tarife bzw. nach dem Tarif des von ihr bestimmten Referenzspitals.

4.2 Versicherungsantrag

Die Visana Versicherungen AG prüft den Antrag und kann bei jeder Neu-, Höher- oder Tieferversicherung eine Risikoprüfung vornehmen.

4.3 Mutter und Kind im Spital

Halten sich Mutter und Kind während des 1. Lebensjahres des Kindes zusammen im Akutspital auf, so wird für die Ausrichtung von Akutspitalleistungen nur vorausgesetzt, dass eine der beiden Personen akutspitalbedürftig ist. Leistungen werden nur aus den je eigenen Versicherungen von Mutter und Kind erbracht.

4.4 Rooming-in

Im Falle eines stationären Akutspitalaufenthaltes im 2. bis 14. Lebensjahr eines Kindes bezahlt die Visana Versicherungen AG aus dessen Versicherung einen Betrag von max. CHF 50.– pro Tag an die Unterbringungs- und Verpflegungskosten einer Begleitperson.

4.5 Notfall im Ausland

Für notfallmässige Aufenthalte in einem ausländischen Akutspital und wenn die Heimreise bzw. die Verlegung in die Schweiz nicht möglich bzw. unzumutbar ist, übernimmt die Visana Versicherungen AG nach Abzug der Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung die folgenden Kosten:

Versichert für:	Aufenthalt in Europa (inkl. Mittelmeerrandstaaten)	ausserhalb Europa
Spital Flex	50 % der Differenzkosten	35 % der Differenzkosten

In Ergänzung dazu besteht während insgesamt acht Wochen pro Reise volle Kostendeckung aus der Vacanza Reiseversicherung.

4.6 Was gehört zu Europa?

Die europäischen Länder, im Osten begrenzt durch den Ural, inklusive die Mittelmeerrandstaaten Ägypten, Algerien, Israel, Libanon, Libyen, Marokko, Syrien, Tunesien und Türkei.

Ausserdem die Kanarischen Inseln, Madeira, Island und Grönland.

4.7 Leistungsausschlüsse

Für Spitalaufenthalte bei Organtransplantationen (ausgenommen Haut- und Hornhauttransplantationen) werden in der eigentlichen Transplantationsphase keine Leistungen aus Basic Spital Flex ausgerichtet (Deckung über die obligatorische Krankenpflegeversicherung). Nach Abschluss der eigentlichen Transplantationsphase sind die Kosten entsprechend Basic Spital Flex gedeckt.

Stationäre Zahnbehandlungen sind in Basic Spital Flex nur versichert, sofern die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gegeben ist.

Basic Spital Flex deckt keine Kostenanteile, welche der Wohnsitzkanton gemäss Krankenversicherungsgesetz übernehmen muss.

4.8 Anerkannte Spitäler in der Schweiz für Versicherungsabschlüsse vor 1.7.2017

In Abweichung von Artikel 1.2. gilt für Verträge, welche vor 1.7.2017 abgeschlossen wurden, folgendes:

Vom Leistungsumfang ausgeschlossen sind Spitäler, die auf der «Liste der Spitalwahleinschränkung» für die halbprivate Abteilung aufgeführt sind. Sie wird laufend angepasst und kann auf der Visana-Homepage eingesehen oder auszugsweise auf der zuständigen Geschäftsstelle verlangt werden.

Integrierende Bestandteile der Heilungskosten-Zusatzversicherung Basic Flex sind:

- Liste der Spitalwahleinschränkung
- AVB 2012 für die Service-Leistungen der Visana Assistance CH der Visana Versicherungen AG
- AVB WG 2014 Visana Vacanza Reiseversicherung der Visana Versicherungen AG

Visana Versicherungen AG

Weltpoststrasse 19
3000 Bern 15

Für weitere Informationen:

Tel. 031 357 91 11
Fax 031 357 96 22

www.visana.ch