

Heilungskostenzusatzversicherung TIP (ambulante Behandlung) TOP (komplementärmedizinische Behandlung)

Zusätzliche Versicherungsbedingungen ZVB
Ausgabe 01.2023

Rechtsgrundlagen und Zweck Art. 1

- 1 Die KPT Versicherungen AG, Bern (KPT) als Versicherungsträgerin führt gestützt auf die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Zusatzversicherungen nach VVG (AVB VVG/P, Ausgabe 2015) eine Heilungskostenzusatzversicherung nach VVG (TIP bzw. TOP).
- 2 Die TIP bzw. TOP bezweckt ergänzend zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen dieser zusätzlichen Versicherungsbedingungen (ZVB) die Ausrichtung von weitergehenden Leistungen bei Krankheit, Unfall und zur Prophylaxe.

Aufnahme Art. 2

Wer bei der KPT Krankenkasse AG oder einer anderen Krankenkasse für obligatorische Krankenpflege versichert ist und das 65. Altersjahr noch nicht vollendet hat, kann einen Antrag auf Abschluss einer TIP bzw. TOP stellen. Ein Recht auf Abschluss oder Höherversicherung besteht nicht.

Versicherungsmöglichkeiten Art. 3

- 1 In der Heilungskostenzusatzversicherung stehen folgende Versicherungsabteilungen zur Wahl:
 - **TIP**, für Leistungen an ambulante ärztliche Behandlungen der Schulmedizin, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen, Nichtpflichtmedikamente, Hilfsmittel, Transportkosten, Fahrspesen, Kuren.
 - **TOP**, für Leistungen an ambulante ärztliche und nichtärztliche Behandlungen der Alternativ- oder Komplementärmedizin, Prävention und Gesundheitsförderung, nichtärztliche Psychotherapie.

Leistungsvoraussetzungen Art. 4

- 1 Die versicherten Leistungen werden erbracht, wenn die in diesen ZVB genannten Voraussetzungen erfüllt sind bzw. die Behandlung aus medizinischen Gründen geboten ist und von dafür anerkannten Leistungserbringern erfolgt, nach Methoden, die als beitragsberechtigt aufgeführt sind.
- 2 Rechnungen zur Geltendmachung von Leistungen haben mindestens die folgenden Angaben zu enthalten: Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten, Behandlungsbeginn und -ende, Anzahl, Art und Zeitaufwand der Leistungen mit Kalendarium bzw. genaue Bezeichnung des Produktes oder der Dienstleistung, Indikation und den bezahlten Rechnungsbetrag.

Leistungen Art. 5

Beschrieb der Leistungen folgt nach diesen allgemeinen Bestimmungen.

Allgemeine und ergänzende Bestimmungen Art. 6

- 1 Den Leistungen aus dieser Heilungskostenzusatzversicherung gehen die vollen Leistungen aus anderen bei der KPT bestehenden Zusatzversicherungen grundsätzlich vor. Bei Versicherten von besonderen Versicherungsformen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer nach KVG gelten diese Einschränkungen der Wahlfreiheit auch für diese Versicherung.
- 2 Massgebend für Leistungen ist immer das Datum der Behandlung bzw. der Abgabe oder Lieferung bei Medikamenten und Anschaffungen.
- 3 Es werden nur ausgewiesene und belegte Kosten bis zu den im Anhang genannten Ansätzen oder Beträgen erstattet. Wo nicht anders vermerkt, verstehen sich diese als Höchstbeträge pro Kalenderjahr.



KPT, Postfach, CH-3001 Bern
kpt.ch

Schlussbestimmungen Art. 7

Für alle in diesen ZVB nicht besonders geregelten Fragen gelten die gesetzlichen Bestimmungen sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen gemäss VVG (AVB VVG/P).

Altersklassenwechsel Art. 8

Die Prämienhöhe Ihrer Zusatzversicherung ist nach dem Lebensalter tarifiert. Der Wechsel in eine höhere Altersklasse ist in der Regel mit einer Erhöhung der Prämie verbunden. Er findet am 1. Januar des Jahres statt, in welchem Sie das für den Wechsel massgebende Alter erreichen.

Es bestehen folgende Altersklassen:

0–4; 5–9; 10–14; 15–19; 20–24; 25–29; 30–34; 35–39; 40–44; 45–49; 50–54; 55–59; 60–64; 65–69; 70–74;
ab 75 Jahre

Bern, 1. Juni 2022
KPT Versicherungen AG

1. TIP

1.1 Ambulante ärztliche Behandlungen im Bereich der Schulmedizin

Leistungen an ambulante diagnostische und therapeutische medizinische Massnahmen, die durch zugelassene Ärzte und auf deren Anordnung hin ausserhalb des Wohn- und Arbeitsortes des Versicherten erfolgen, auf der Basis des am Behandlungsort geltenden KVG Tarifes.

1.2 Leistungen im Ausland

Der Versicherungsschutz gilt für befristete Auslandsaufenthalte der in der Schweiz wohnhaften Versicherten. Bei Erkrankungen oder Unfall in grenznahen EU-Ländern werden Leistungen in Ergänzung zum KVG übernommen.

1.3 Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen

- a) Beiträge an Impfungen zum Schutz vor Infektionskrankheiten. An Impfungen, die beruflich bedingt sind, deren Wirkung medizinisch umstritten sind oder die sich im Forschungsstadium befinden, werden keine Leistungen gewährt.
- b) Beiträge an gezielte ärztliche Vorsorgeuntersuchungen und Behandlungen, die nicht unter die Leistungspflicht gemäss KVG fallen. (z. B. Sterilisation)

1.4 Nichtpflicht-Medikamente

Leistungen an die von zugelassenen KVG-Ärzten im Rahmen schulmedizinischer Behandlungsmethoden verordneten Medikamente, die weder in der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) noch in der Spezialitätenliste (SL) gemäss KVG noch in der Negativliste (NL) enthalten sind, werden pro Kalenderjahr gemäss der nachfolgenden Liste übernommen. Ausgeschlossen sind von der «swissmedic» freigegebene («orphan-drug-status») Medikamente oder die im Rahmen wissenschaftlicher Studien eingesetzt werden.

1.5 Medizinische Hilfsmittel und Brillen

- a) von medizinisch notwendigen, ärztlich verordneten Hilfsmitteln und Gegenständen, die in der eidgenössischen Liste der Mittel und Gegenstände (MiGeL) enthalten oder im untenstehenden Leistungsverzeichnis speziell aufgeführt sind.
- b) Beiträge an die von einem diplomierten Optiker angepassten Brillengläser inkl. Fassung und Kontaktlinsen zur Sehschärfenkorrektur. Diese Leistungen können erstmals nach Ablauf eines vollen Versicherungsjahres geltend gemacht werden und hernach bei Erwachsenen ab dem 18. Altersjahr einmal innerhalb von drei Kalenderjahren, bei Kindern und Jugendlichen einmal pro Kalenderjahr

1.6 Bade- und rehabilitive Erholungskuren

- a) Bei ärztlich verordneten ambulant durchgeführten Bade- und Erholungskuren in ärztlich geleiteten nach KVG anerkannten Heilbädern (Thermalbäder).
- b) Beiträge an ärztlich verordnete stationäre Bade- und Erholungskuren in ärztlich geleiteten schweizerischen Heilbädern und vom Konkordat Schweizerischer Krankenversicherer KSK anerkannten Kuranstalten. Dieser Beitrag wird nur ausgerichtet, wenn während der Kur eine zweckdienlich therapeutische Behandlung absolviert wird (Thermalbad gilt nicht als solche) oder wenn die Erholungskur innert 14 Tagen nach einer Behandlung im Akutspital oder unmittelbar im Anschluss an eine intensive ärztliche Behandlung einer schweren Erkrankung angetreten wird.

1.7 Zahnärztliche Behandlungen

- a) Beiträge an Zahnextraktionen mehrwurzliger Zähne. Erfolgt die Behandlung stationär, werden die Kosten bis zur Höhe der vertraglich festgelegten Tagespauschale der allgemeinen Abteilung im Wohnkanton übernommen.

b) Leistungen für Kinder und Jugendliche

Für Kinder und Jugendliche besteht folgender Leistungsanspruch:

- Kosten für Kontrolluntersuchung inkl. Röntgen bis max. CHF 60.00 pro Kalenderjahr, sofern nicht gleichzeitig eine zahnärztliche Behandlung durchgeführt werden muss (konservierend, prothetisch etc.).
- Beiträge an zahnärztliche Behandlungen gemäss nachfolgendem Leistungskatalog, zur nachweislich medizinisch notwendigen Korrektur von Kiefer- und Zahnfehlstellungen. Diese Leistungen können erstmals nach Ablauf von 3 vollen Versicherungsjahren gemacht werden. Die Leistungen werden bis zum 25. vollendeten Altersjahr erbracht.

Keine Leistungen werden gewährt für konservierende, prothetische, präprothetisch-chirurgische und prophylaktische Massnahmen und Behandlungen im Zusammenhang mit vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems, wie Extraktionen, Füllungen, Stiftzähne, Kronen, Brücken, künstliche Gebisse, Wurzelbehandlungen, Parodontalbehandlungen, Ersatz von Amalgamplomben, Zahnsteinentfernung und Dentalhygiene sowie dazugehörige Injektionsanästhesien und Röntgenaufnahmen.

Leistungen nach Art. 5 der ZVB über die Heilungskostenzusatzversicherung

| Versicherungsabteilung TIP Beiträge gem. Art. 5 | | Deckungsvariante |
|--|---|---|
| 1.1. | Amb. ärztl. Schulmedizin | 90 % KVG-Tarif |
| 1.2. * | Leistungen im Ausland | 90 % in grenznahen EU-Ländern max. CHF 1'000.– |
| 1.3.lit.a) | Impfungen | max. CHF 150.– |
| 1.3.lit.b) | Vorsorgeuntersuchungen | max. CHF 200.– |
| | Sterilisation | max. CHF 600.– |
| 1.4. | Nichtpflicht-Medikamente | 90 % max. CHF 4'000.–/Jahr |
| 1.5.lit.a) | Hilfsmittel der MiGel Gummistrümpfe, Bandagen, orthopädische Masseinlagen | 90 % < CHF 200.– |
| | Orthopädische Mass- und Spezialschuhe, Hörapparate, Endoprothesen, Korsetts, Pflegebett | 90 % < CHF 400.– |
| | Andere und med. Hilfsmittel der MiGel. Liste | 90 % < CHF 300.– |
| 1.5.lit.b) | Brillen und Kontaktlinsen | 90 % < CHF 500.– |
| 1.6.lit.a) | Ambulante Badekuren | 100 % < CHF 200.– |
| 1.6.lit.b) | Stationäre Badekuren | 28 Tage à CHF 30.–/Tag |
| 1.7. | Zahnextraktionen Zahnstellungenkorrekturen | 100 % KVG-Tarif 70 % max. CHF 6'000.–/Jahr |
| 1.8. | Patientenrechtsschutz | Keine Leistung |

2. TOP

2.1 Ambulante Behandlungen im Bereich der Alternativ- oder Komplementärmedizin

- a) Beiträge an die Kosten für anerkannte, nichtschulmedizinische Massnahmen durch nach KVG und EMR zugelassene Leistungserbringer. Beitragsberechtigt sind medizinisch indizierte Behandlungen von Gesundheitsstörungen gemäss den von der KPT anerkannten Methoden des EMR (Erfahrungsmmedizinisches Register).
- b) Beiträge an die Kosten für nichtschulmedizinische Medikamente. Beitragsberechtigt sind die im Rahmen einer nichtschulmedizinischen Behandlung von den dafür zugelassenen Personen (gemäss EMR) abgegebenen oder verordneten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht zu übernehmenden Medikamente zur Heilung oder Linderung von behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörungen. Von der Vergütung ausgenommen sind Präparate oder andere, in der Schweiz nicht zum Verkauf zugelassene Arzneimittel der LPPV-Liste (Liste der Präparate zu Lasten des Versicherten).

2.2 Beiträge an gesundheitsfördernde und krankheitsverhindernde Massnahmen

- a) Gesundheitsförderung. Die Versicherten des TOP gelangen bei Teilnahme an gesundheitsfördernden und -erhaltenden Aktivitäten oder Dienstleistungen in den Genuss von ermässigten Preisen oder es wird daran ein Beitrag übernommen.

2.3 Beiträge an die Kosten nichtärztlicher Psychotherapie

Beitragsberechtigt sind bei behandlungsbedürftigen Gesundheitsstörungen Psychotherapien durch anerkannte Psychologen und Psychotherapeuten, die über eine kantonale Zulassung verfügen. Als anerkannt gelten Psychologen und Psychotherapeuten, die in der Liste der zugelassenen Therapeuten von santésuisse als Mitglied des Schweizerischen Psychotherapeuten-Verbandes SPV/ASP aufgeführt sind und vom jeweiligen Kanton zur selbständigen Berufsausübung berechtigt wurden.

Leistungen nach Art. 5 der ZVB über die Heilungskostenzusatzversicherung

| Versicherungsabteilung TOP Beiträge gem. Art. 5 | Deckungsvariante Maxi |
|---|---|
| 2.1.lit.a) Erfahrungs- und Alternativmedizin durch Ärzte | 75 % max. < CHF 120.-/Std. max. CHF 1'500.- |
| Erfahrungs- und Alternativmedizin durch nichtärztliche Therapeuten | 50 % max. CHF 1'500.- |
| 2.1.lit.b) NPL-Medikamente alternativ | 50 % Kaufpreis max. CHF 500.- |
| 2.2. Gesundheitsförderung Diverse durch dipl. Fachpersonal geführte Kurse im Zusammenhang mit Fitness a) Mutterschaft b) Bewegung und Rücken c) Mentalbereich/Psyche d) Ernährungs- und Suchtverhalten e) Ärztlich begleitete Raucherentwöhnung f) Aktive Gesundheitsförderung | max. CHF 200.- |
| 2.3. Nichtärztliche Psychotherapie | 50 % max. CHF 1'000.- |