

# Versicherung DIVERSA

## Zusätzliche Versicherungsbedingungen (ZVB)

	Art.	
I. Begriff und Inhalt		I. Begriff und Inhalt
Zusatzversicherung	1	
Inhalt	2	<b>1 Zusatzversicherung</b>
Krankheit und Unfall	3	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).
II. Leistungen in der Schweiz		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).
Nichtkassenpflichtige Arzneimittel	4	
Badekuren	5	
Erholungskuren	6	
Meldepflicht	7	
Haushalthilfe	8	
Kranken- und Unfalltransporte in der Schweiz	9	
Zahnbehandlung	10	
Todesfallentschädigung	11	
Brillen, Kontaktlinsen	12	
Nichtkassenpflichtige refraktive Chirurgie	13	
Nichtärztliche Psychotherapie	14	<b>2 Inhalt</b>
Impfungen	15	2.1 Aus der Versicherung DIVERSA werden vielfältige Leistungen ausgerichtet, die über die obligatorische Krankenpflegeversicherung hinausgehen.
Hilfsmittel	16	2.2 Die Versicherung DIVERSA kann als Variante DIVERSA, DIVERSA <sup>care</sup> , DIVERSA <sup>plus</sup> oder DIVERSA <sup>premium</sup> abgeschlossen werden.
Nichtpflichtbehandlungen	17	
Ausstandsärzte	18	
Übernachtung bei ambulantem Eingriff	19	
Familienzimmer bei Niederkunft	20	
Rooming-in	21	
Kinderbetreuung	22	<b>3 Krankheit und Unfall</b>
Kurs für Notfälle bei Kleinkindern	23	Die Leistungen aus der Versicherung DIVERSA werden bei Krankheit und bei Unfall gewährt.
Patientenrechtsschutz	24	
III. Leistungen im Ausland		II. Leistungen in der Schweiz
<b>A Behandlungen im Notfall</b>		<b>4 Nichtkassenpflichtige Arzneimittel</b>
Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich	25	Die von einem Arzt verordneten, in der Schweiz beim Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) registrierten, nichtkassenpflichtigen Arzneimittel werden zu
Notrufzentrale	26	DIVERSA und DIVERSA <sup>care</sup> : 50 %
Heilungskosten	27	DIVERSA <sup>plus</sup> und DIVERSA <sup>premium</sup> : 75 %
Notfallhilfe	28	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.
Leistungsdauer	29	
Meldepflichten	30	
Leistungseinschränkungen	31	
<b>B Geplante Behandlungen</b>		
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 <sup>care</sup> :                    | CHF 30 pro Tag |
| DIVERSA <sup>plus</sup> und DIVERSA <sup>premium</sup> : | 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 Badekurpatienten verfügt.
- 5.2 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 <sup>care</sup> :                    | bis CHF 30 |
| DIVERSA <sup>plus</sup> und DIVERSA <sup>premium</sup> : | 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 der Versicherte aufgrund einer ärztlichen Verordnung bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit wegen seines Gesundheitszustandes und wegen seiner persönlichen familiären Verhältnisse eine Haushalthilfe benötigt, werden pro Tag folgende Leistungen ausgerichtet:
- |  |        |
|--|--------|
| DIVERSA und DIVERSA <sup>care</sup> :                    | CHF 30 |
| DIVERSA <sup>plus</sup> und DIVERSA <sup>premium</sup> : | CHF 50 |

- 8.2 Als Haushalthilfe gilt, wer beruflich auf eigene Rechnung oder für eine Organisation in Vertretung des Versicherten den Haushalt besorgt. Der gleiche Beitrag kann auch ausgerichtet werden, wenn eine andere Person in Vertretung des erkrankten Versicherten 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 zum nächstgelegenen Arzt oder 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 <sup>care</sup> :    | bis CHF 15'000 |
| DIVERSA <sup>plus</sup> :    | bis CHF 20'000 |
| DIVERSA <sup>premium</sup> : | 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 <sup>care</sup> :                    | 50% |
| DIVERSA <sup>plus</sup> und DIVERSA <sup>premium</sup> : | 75% |
- übernommen. Die Rückerstattung von Leistungen richtet sich ausschliesslich nach dem UV/MV/IV-Zahnarztтариф bzw. dem Schulzahnpflegetarif 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 impakterter 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 Zahnarztrechnungen im Original mit Angabe der Tarifziffern gemäss UV/MV/IV-Zahnarzt-tarif einzureichen.

## 11 Todesfallentschädigung

- 11.1 Bei Tod des Versicherten 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: der Ehegatte, bei dessen Fehlen die Kinder, bei deren Fehlen die Eltern.
- 11.3 Die Bezeichnung anderer Begünstigter oder der Ausschluss von Anspruchsberechtigten ist nicht möglich.
- 11.4 Der Tod des Versicherten 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 vom Optiker 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 <sup>care</sup> :	bis CHF 200
DIVERSA <sup>plus</sup> :	bis CHF 250
DIVERSA <sup>premium</sup> :	bis CHF 300

Für DIVERSA<sup>care</sup>- und DIVERSA<sup>premium</sup>-Versicherte bleibt die Wartefrist gemäss Art. 13.2 vorbehalten.

## 13 Nichtkassenpflichtige refraktive Chirurgie

13.1 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 <sup>care</sup> :	50 %, höchstens CHF 400
DIVERSA <sup>premium</sup> :	50 %, höchstens CHF 600

Aus DIVERSA und DIVERSA<sup>plus</sup> werden keine Leistungen ausgerichtet.

13.2 Während dreier Jahre nach dem Eingriff, für den Leistungen gemäss Art. 13.1 ausgerichtet wurden, besteht kein Anspruch auf Leistungen für Brillengläser und Kontaktlinsen gemäss Art. 12.

## 14 Nichtärztliche Psychotherapie

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

DIVERSA und DIVERSA <sup>care</sup> :	75 %, höchstens CHF 2'000 innert 3 Kalenderjahren
DIVERSA <sup>plus</sup> und DIVERSA <sup>premium</sup> :	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 Psychotherapeuten gelten die selbstständigen Psychologen, die Mitglied des Schweizerischen Psychotherapeuten-Verbandes (SPV) oder auf der Liste von santésuisse aufgeführt sind.

14.3 Psychotherapien, die zum Zweck der Selbsterfahrung, der Selbstverwirklichung oder der Persönlichkeitsreifeung 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 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 <sup>care</sup> :	50 %, höchstens CHF 1'000
DIVERSA <sup>plus</sup> und DIVERSA <sup>premium</sup> :	50 %, höchstens CHF 2'000

16.2 Wieder verwendbare Hilfsmittel, welche vom Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenkassen (SVK) vermittelt werden, werden den Versicherten unentgeltlich leihweise abgegeben.

16.3 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 <sup>care</sup> :	50%, höchstens CHF 2'000
DIVERSA <sup>plus</sup> und DIVERSA <sup>premium</sup> :	50%, höchstens CHF 4'000

## 18 Ausstandsärzte

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

DIVERSA und DIVERSA <sup>care</sup> :	keine Leistungen
DIVERSA <sup>plus</sup> und DIVERSA <sup>premium</sup> :	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 <sup>care</sup>	50%, höchstens CHF 200
DIVERSA <sup>premium</sup> :	75%, höchstens CHF 200

Aus DIVERSA und DIVERSA<sup>plus</sup> 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 <sup>care</sup> :	bis CHF 60
DIVERSA <sup>premium</sup> :	bis CHF 100

Aus DIVERSA und DIVERSA<sup>plus</sup> 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 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 <sup>care</sup> :	bis CHF 60
DIVERSA <sup>premium</sup> :	bis CHF 100

Aus DIVERSA und DIVERSA<sup>plus</sup> 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 <sup>care</sup> :	bis CHF 30, höchstens CHF 600 pro Kalenderjahr
DIVERSA <sup>premium</sup> :	bis CHF 50, höchstens CHF 600 pro Kalenderjahr

Aus DIVERSA und DIVERSA<sup>plus</sup> 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 <sup>care</sup> :	50%, höchstens CHF 200
DIVERSA <sup>premium</sup> :	50%, höchstens CHF 200

Aus DIVERSA und DIVERSA<sup>plus</sup> 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 Patientenrechtsschutz

24.1 Benötigt der Versicherte rechtliche Unterstützung als Patient bei vertraglichen oder haftpflichtrechtlichen Streitigkeiten mit von der CONCORDIA anerkannten Leistungserbringern, hat er pro Rechtsfall Anspruch auf folgende Leistungen:

DIVERSA<sup>care</sup>: bis CHF 300'000 in Europa  
bis CHF 50'000 ausserhalb von Europa

DIVERSA<sup>premium</sup>: bis CHF 500'000 in Europa  
bis CHF 50'000 ausserhalb von Europa

Aus DIVERSA und DIVERSA<sup>plus</sup> werden keine Leistungen an den Patientenrechtsschutz ausgerichtet.

24.2 Die CONCORDIA stellt diese Leistungen sicher, indem sie einen Vertrag mit einem Rechtsschutzversicherer abschliesst. Für sämtliche Belange zum Patientenrechtsschutz 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 von weniger als 12 Monaten.

25.2 Für Grenzgänger gilt als Ausland, was ausserhalb der Schweiz sowie ausserhalb eines Grenzkorridors von 20 km ab der Schweizer Landesgrenze liegt.

## 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 Notrufzentrale des Versicherers zu benachrichtigen, die durch die «medicall» betrieben wird. 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 Heilanwendungen);

27.2 Medikamente;

27.3 Analysen;

27.4 Behandlungen bei Chiropraktoren;

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 von «medicall» organisierte Leistungen:

28.1.1 medizinisch notwendige Rettungsaktionen und Transporte;

28.1.2 Suchaktionen zur Rettung und Bergung eines verunfallten oder akut erkrankten Versicherten bis zu einem Maximalbetrag von:

DIVERSA und DIVERSA<sup>care</sup>: CHF 10'000

DIVERSA<sup>plus</sup> und DIVERSA<sup>premium</sup>: CHF 20'000

28.1.3 medizinisch notwendige Heimschaffung an den Wohnort bzw. ins zuständige Spital;

28.1.4 Bergung und Heimschaffung eines verstorbenen Versicherten 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. 25.1 erbracht.

29.2 Leistungen bei stationärer Behandlung werden nur bis zum Zeitpunkt einer medizinisch zumutbaren Heimreise oder Verlegung in das in der Schweiz zuständige Spital ausgerichtet, längstens jedoch während

DIVERSA: 30 Tagen

DIVERSA<sup>care</sup>: 45 Tagen

DIVERSA<sup>plus</sup>: 60 Tagen

DIVERSA<sup>premium</sup>: 75 Tagen

## 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 Originalrechnungen, die Leistungsabrechnung allfälliger anderer Kranken- bzw. Unfallversicherer und die notwendigen medizinischen

Angaben sind in einer schweizerischen Landes- oder in englischer Sprache unverzüglich einzureichen.

- 30.3 Werden dem Versicherten bereits vor der Abreise bezahlte Ferien- oder Reisekosten, die durch eine plötzliche Erkrankung oder einen Unfall unnötig oder unbrauchbar geworden sind, durch den Reiseveranstalter oder das Transportunternehmen zurück-erstattet, so ist dies unverzüglich zu melden. Diese Rückerstattungen werden von den Leistungen in Abzug gebracht.

### **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<sup>premium</sup>: 75%,  
höchstens CHF 10'000 pro Kalenderjahr  
Aus DIVERSA, DIVERSA<sup>care</sup> und DIVERSA<sup>plus</sup> werden keine Leistungen ausgerichtet.

- 32.2 Der Versicherte muss dem Versicherer spätestens sieben Tage vor der Behandlung ein Kostengutsprache-gesuch 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 Der Versicherte hat die für die Ausrichtung der Leistungen notwendigen medizinischen Angaben und die detaillierte Originalrechnung in einer schweizerischen Landes- oder in englischer Sprache einzureichen. Kann der Versicherte 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 der Versicherte ihm zusätzlich zu den Angaben gemäss Art. 32.2 eine Begründung für die geplante Behandlung beim entsprechenden Leistungserbringer, sämtliche ihm zur Verfügung stehenden Unterlagen über den Leistungserbringer sowie einen Kostenvorschlag 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, überteuerte 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. 31 und 32 AVB

- 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. Der Versicherungsnehmer hat hierauf das Recht, die Versicherung auf Ende des laufenden Kalenderjahres zu kündigen. Macht er 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 der Versicherungsnehmer die Kündigung, gilt dies als Zustimmung zur Anpassung der Versicherung.





CONCORDIA  
Bundesplatz 15  
6002 Luzern  
Telefon 041 228 01 11  
[www.concordia.ch](http://www.concordia.ch)  
[info@concordia.ch](mailto:info@concordia.ch)